

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

O ENVELHECIMENTO ATIVO E A QUALIDADE DE VIDA: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora Margarida Abreu
e co-orientada pela Professora Doutora Ana Paula Cantante

Marta Sofia Adães Azevedo
Porto | 2015

Aos meus pais por me terem dado a oportunidade de evoluir no meu
percurso académico.

À minha amiga Bárbara pela persistência, força e incentivo.

Ao meu namorado pela força.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Abreu, minha orientadora, e à Professora Doutora Ana Paula Cantante, co-orientadora que me incentivaram à escolha desta temática. Todo o apoio, disponibilidade, dedicação ao longo da realização deste trabalho.

Todas as pessoas que me ajudaram a percorrer este caminho.

LISTAS DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

OMS- Organização Mundial de Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 23 |
| 1.1. Processo de Envelhecimento | 25 |
| 1.2. Envelhecimento Ativo | 28 |
| 1.3. Qualidade de Vida da Pessoa Idosa | 39 |
| 2. ESTUDO EMPÍRICO | 45 |
| 2.1. Metodologia | 47 |
| 2.2. Tipo de Estudo | 47 |
| 2.2.1. <i>Formulação do Problema</i> | 48 |
| 2.2.2. <i>Recolha de Dados</i> | 50 |
| 2.2.3. <i>Avaliação dos Dados</i> | 52 |
| 2.2.4. <i>Análise e Interpretação dos Dados</i> | 53 |
| 2.2.5. <i>Apresentação dos Resultados</i> | 54 |
| 2.3. Considerações Éticas | 55 |
| 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 56 |
| 3.2. Metodologia dos Estudos | 60 |
| CONCLUSÃO | 71 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 75 |
| Anexo I - Formulário para Avaliação dos Estudos (Bandeira, 2010) | 89 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 - Caracterização, objetivos e questões de investigação dos estudos..... | 52 |
| QUADRO 2- Metodologia dos estudos..... | 55 |
| QUADRO 3 – Resultados e Recomendações..... | 58 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1: Resumo da seleção dos estudos..... | 49 |
|---|----|

RESUMO

Título: O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa

A proporção de pessoas acima dos 60 anos está a aumentar rapidamente em todo o mundo. Este cenário também é visível em Portugal. O número de pessoas idosas, nos próximos 25 anos, poderá ultrapassar o dobro de jovens. O envelhecimento é um processo que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível. Para isso, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma ativa. Face a esta evidência é pertinente a abordagem da qualidade de vida nas pessoas idosas. Perante a realidade apresentada e a nossa experiência profissional, emergiu o seguinte problema: Qual o conhecimento produzido acerca da contribuição da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa? Com este trabalho pretendemos conhecer os estudos científicos publicados em revistas indexadas em bases de dados eletrónicas, durante o período de 2008 a 2014, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas e caracterizar os estudos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas.

Optamos por uma revisão integrativa, de acordo com as cinco etapas propostas por Cooper (1982): formulação do problema, colheita de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Foram incluídos oito artigos, selecionados em bases de dados que usam critérios formais para a indexação dos periódicos e incluem publicações nacionais e internacionais. Não encontramos nenhum estudo desenvolvido em Portugal, nem por profissionais de enfermagem. Outro resultado do nosso trabalho foi o facto da promoção do envelhecimento ativo estar maioritariamente centrada no exercício físico. A análise de conteúdo dos resultados dos estudos selecionados permitiu-nos identificar três categorias: avaliação de programas de exercício físico e qualidade de vida;

incentivo à prática de exercício físico e qualidade de vida e *empowerment* e qualidade de vida estudo. Independentemente da estratégia de promoção de envelhecimento ativo utilizada, os resultados dos estudos apontam para efeitos benéficos na qualidade de vida das pessoas idosas envolvidas. No entanto, em termos de programas de exercício físico os estudos mostraram que para estes melhorarem a qualidade de vida das pessoas idosas é importante ter-se em consideração as barreiras à sua implementação.

O número de artigos encontrados, o tipo de estudos, o tamanho da amostra/número de participantes, o tipo de intervenção e a forma de avaliação da qualidade de vida limita as conclusões desta revisão. Mas, este trabalho permite-nos refletir sobre a responsabilidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na promoção do envelhecimento ativo e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Para futuros trabalhos sobre a problemática em estudo, recomendamos a pesquisa em bases de dados portuguesas e a realização de estudos primários por enfermeiros, para explorar os contributos destes na visão do envelhecimento ativo.

Palavras-chaves: Envelhecimento Ativo, Participação Social, Segurança, Qualidade de Vida, Enfermeiras (os).

ABSTRACT

Title: Active aging and quality of life: an integrative review.

The proportion of people over 60 is increasing rapidly all over the world. This scenario can also be seen in Portugal. The number of older people in the next 25 years may be more than twice the number of young people. Aging is a process that should be lived in a healthy and independent way as long as possible. Therefore, it is advisable that older people should engage in the social, economic, cultural, spiritual and civic life, in order to age in an active way. Given this evidence it is relevant to approach the quality of life of the elderly. Considering the reality presented and our professional experience, the following problem emerged: Which knowledge was produced regarding the contribution of the active aging vision in the quality of life of the elderly? With this work we intend to understand the scientific studies published in journals indexed in electronic databases during the period 2008-2014, that approach the influence of active aging, in the quality of life of older people and characterize the studies developed by nursing professionals that approach the influence of active aging in the quality of life of older people.

We opted for an integrative review, according to the five steps proposed by Cooper (1982): problem formulation, literature search, data evaluation, data analysis and interpretation and presentation. Eight articles were included, selected in databases that use formal criteria for indexing journals and include national and international publications. We did not find any study carried out in Portugal, nor by nursing professionals. Another result of our study was the fact that active aging promotion is mainly focused on exercise. The analyses of the content of the selected studies results allow us to identify three categories: evaluation of physical exercise programs and quality of life; incentive of physical activity and quality of life and *empowerment* and quality of life.

Regardless of the active aging promotion used, the studies results show beneficial effects on the quality of life of the older people involved. However, in terms of physical exercise programs, studies have shown that to improve the quality of life of older people with them, it is important to take into consideration the barriers to its implementation.

The number of articles found, the type of study, the size of the sample/number of participants, the type of intervention and the form to evaluate the quality of life limits the conclusions of this review. But this work allows us to reflect on the specialist nurses responsibility in community nursing in promoting active aging, and therefore, improving the quality of life of older people.

For future work on the problem under study, we recommend research on Portuguese databases and conducting primary studies by nurses, to explore their contribution regarding the vision of active aging.

Keywords: Active Aging, Social Involvement, Safety, Quality of Life, Nurses.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a proporção de pessoas acima de 60 anos está a crescer rapidamente em todo o mundo. Este cenário também é visível em Portugal. O número de idosos, nos próximos 25 anos, poderá ultrapassar o dobro de jovens (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2007). Segundo dados mais recentes do INE (2010), o cenário confirma-se com um continuado envelhecimento demográfico, numa relação de 118 idosos por cada 100 jovens.

O envelhecimento humano consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que, se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (Direção Geral de Saúde - DGS, 2004). O envelhecimento não é um problema, mas um processo do ciclo vital que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível (DGS, 2004). Para isso, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma ativa.

A OMS adotou o termo de “envelhecimento ativo” no final dos anos 90. Segundo esta organização o “envelhecimento ativo” *consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, à medida, que as pessoas envelhecem* (OMS, 2002, p.14). Este conceito aplica-se a indivíduos e a grupos populacionais. Esta forma de encarar o envelhecimento concede aos indivíduos uma outra perceção das suas capacidades, no que diz respeito, ao seu bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e permite - lhes participar na sociedade de acordo com as

suas necessidades, interesses e capacidades. O envelhecimento ativo protege ainda o indivíduo, proporcionando-lhe segurança e cuidados quando necessário.

A promoção do envelhecimento ativo constitui um desafio para a sociedade, sistema de saúde e profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros. Segundo a OMS quando as políticas sociais de saúde, do mercado de trabalho, de emprego e de educação ajudarem o envelhecimento ativo teremos provavelmente: menos mortes prematuras em estádios da vida altamente produtivos; menos deficiências ligadas a doenças crónicas nas pessoas idosas; maior número de pessoas com qualidade de vida ao longo do envelhecimento; mais pessoas idosas ativas nos aspetos sociais, culturais, económicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não na vida doméstica familiar e comunitária, e por fim, menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica (OMS, 2002).

Face ao envelhecimento da população e da evidência que as pessoas vivem durante mais tempo e com mais doenças crónicas é particularmente pertinente a abordagem da qualidade de vida nas pessoas idosas (Fonseca e Paúl, 2008). Para a World Health Organization (WHO) a qualidade de vida é um conceito muito amplo e subjetivo, que compreende de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e o seu relacionamento com o meio ambiente (WHO, 2001).

Perante a realidade apresentada e a nossa experiência profissional, no decurso do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto, emergiu o seguinte problema: Qual o conhecimento produzido acerca da contribuição da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa?

Dada a complexidade da problemática acreditamos na importância de desenvolver uma revisão integrativa de estudos que contemplem a

contribuição da visão de envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado, em que o seu produto final, o estado atual do conhecimento acerca do tema estudado, permite a implementação de intervenções efetivas nos cuidados de saúde, a redução de custos e a identificação de lacunas que orientam para o desenvolvimento de novos estudos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Estas autoras referem ainda que o sumário dos resultados de pesquisas relevantes facilita a incorporação de evidências, ou seja, agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Com este trabalho pretendemos conhecer os estudos científicos publicados em revistas indexadas em bases de dados eletrónicas, durante o período de 2008 a 2014, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas; caracterizar os estudos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas.

A finalidade deste estudo é contribuir para o desenvolvimento de programas que promovam o envelhecimento ativo e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas idosas.

Este trabalho é constituído por três partes: enquadramento teórico, metodologia e apresentação e discussão de resultados. No enquadramento teórico serão abordados alguns conceitos relacionados com a temática: processo do envelhecimento; envelhecimento ativo; qualidade de vida. Na metodologia será abordado: o tipo de estudo; formulação do problema; recolha de dados; avaliação dos dados; análise interpretativa dos dados; e apresentação dos resultados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento tem sido alvo de estudo nos últimos tempos. O conceito de envelhecimento e as atitudes perante as pessoas idosas têm sofrido alterações e espelham "por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas" (Paúl e Fonseca, 2005, p.12).

Para a DGS, o envelhecimento consiste num processo de "deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente á própria vida", igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo contínuo, ativo e diferencial. Inicia-se muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (Pina, 2013,p.19, cit por OMS 2005).

A idade apresenta um conceito multidimensional, por isso não é considerada uma boa medida para avaliar o desenvolvimento humano. Pois a idade e o processo de desenvolvimento possuem dimensões e significados que transpõe as barreiras da idade cronológica (Scheiner e Irigaray, 2014, cit por OMS 2005).

A idade cronológica relativamente ao envelhecimento não apresenta um valor padrão, pois na realidade existem formas díspares de defini-la e conceituá-la analogamente ao envelhecimento. Uma das definições plausíveis é preconizada pela OMS que defende que a definição da pessoa idosa inicia-se aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento (OMS 1984 cit por OMS 2005).

Há diversos fatores que interferem no processo do envelhecimento. Para Paúl (2005) o processo do envelhecimento possui três elementos: a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico advém da vulnerabilidade crescente e de maior probabilidade de falecer; o envelhecimento social, referente aos papéis sociais adequados às

expectativas da sociedade e o envelhecimento psicológico, definido pela regulação do próprio indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, adequando-se ao processo de senescência e do envelhecimento. Há vários determinantes que influenciam o crescimento e o envelhecimento, contudo não são exclusivos, pois a “ base filogenética, da nossa hereditariedade, do nosso contexto sociocultural que estimula a expressão das nossas tendências genéticas”(Paúl 2005,p.28).

Já para Martín (2006) o envelhecimento é um processo complicado, assíncrono, diverso, onde as disparidades aparecem dentro do próprio indivíduo; de um indivíduo para o outro, de uma população para a outra e em distintas gerações. Refere ainda que o envelhecimento consiste num processo adaptativo, moroso e contínuo, que implica diversas modificações em todos os sentidos, e que intervém nos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

As pessoas idosas envelhecem de forma diferente e em ritmo diferente. Fontaine (2000) refere que existem três tipos de idades: idade biológica; idade psicológica e idade social.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Os órgãos sofrem transformações que provocam a diminuição do seu funcionamento normal, por consequência a capacidade de se auto-regularem torna-se menos eficaz. Este processo do envelhecimento não ocorre ao mesmo tempo, cada parte do organismo envelhece num determinado momento.

A idade psicológica refere-se às competências comportamentais que a pessoa idosa pode alterar em resposta às alterações ambientais, abrange ainda a inteligência, a memória e a motivação.

Quanto à idade social, esta representa a relação da pessoa idosa com os outros elementos da comunidade onde está inserida, relativamente aos papéis, rotinas e estatuto. Podemos acrescentar que as pessoas idosas podem viver em isolamento social e solidão, mesmo quando vivem acompanhadas com familiares ou outros indivíduos. O facto da pessoa idosa não contribuir produtivamente para a sociedade leva a que seja tratada de

forma diferente, o que prejudica a sua integração social e, conseqüentemente pode levar à marginalização.

Para Faria (2008) o processo do envelhecimento pode ser classificado de dois modos: a senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. A senescência consiste nas mudanças causadas pela idade, independentes das doenças e das influências do ambiente. A senilidade consiste numa aceleração deste processo como resultado das doenças que surgem ocasionalmente, assim como, dos fatores ambientais ou doenças crônicas.

Os profissionais qualificados podem ajudar as pessoas idosas a vivenciar um envelhecimento ativo. Contudo, podem surgir doenças que afetem as pessoas idosas, sendo as mais comuns: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Derrame; Diabetes; Cancro; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose); Doenças mentais (demência e depressão, maioritariamente); Cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005). Com o aparecimento destas doenças crônicas, as pessoas idosas perdem um pouco da sua autonomia e são obrigadas a viver o envelhecimento de uma forma mais regrada.

É produtivo que o processo de envelhecimento seja encarado como um processo natural e não como um problema. Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência é necessário uma mudança nos comportamentos e atitudes da população, na formação dos profissionais de saúde e de apoio social, além de uma adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim como a adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada (DGS, 2004).

1.2. Envelhecimento Ativo

O envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa (OMS, 2005). Para esta organização há três pilares basilares em que se apoia o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação (OMS, 2005). Mencionando que a Saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. É importante manter os níveis baixos os fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crônicas e no declínio funcional. Por sua vez quando os fatores de proteção são elevados, as pessoas beneficiam de uma melhor qualidade de vida, são capazes de cuidar de si, mantendo-se mais saudáveis. À medida que vão envelhecendo as pessoas idosas precisam de tratamentos médicos constantes e de serviços assistenciais, por vezes onerosos.

A segurança que as políticas e os programas abordam diz respeito às necessidades e aos direitos das pessoas idosas à segurança social, física e financeira. Ficam assim, asseguradas a proteção, a dignidade e o auxílio às pessoas idosas que não se podem sustentar e proteger (OMS, 2005).

A participação está relacionada com a educação, as políticas sociais de saúde e os programas que apoiam a participação na íntegra em atividades sociais, culturais e espirituais, de acordo com os direitos humanos, as capacidades, as necessidades e vontades das pessoas contribuem para que continuem a ter um desempenho na sociedade com atividades não remuneradas enquanto envelhecem (OMS, 2005).

É importante salientar que a OMS (2005) associa o termo “ativo” não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, o envelhecimento ativo tem como objetivo “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas” que se encontram neste processo (OMS, 2005, p. 13).

Por isso, a OMS (2005) advoga que os projetos de envelhecimento ativo, os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as atividades que melhoram as condições físicas de saúde. O envelhecimento ativo também preconiza que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Para além disto, também propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (OMS, 2005).

Para Ribeiro e Paúl (2011) a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento. Estes autores salientam ainda que os cuidados com a alimentação, o consumo de álcool e de tabaco podem ser considerados como medidas preventivas e como atuação positiva na saúde.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) a segurança está associada ao local de residência do idoso, ao meio ambiente e, essencialmente, aos climas sociais de não violência na sua comunidade. Já a participação, envolve os grupos sociais onde as pessoas idosas estão inseridas. Por isso, para um envelhecimento bem-sucedido é essencial a presença da família e dos amigos, assim como o envolvimento no exercício da cidadania e uma participação ativa nos diferentes contextos sociais (Ribeiro e Paúl, 2011).

Como refere Ferreira (2009) o envelhecimento ativo aplica-se a toda a comunidade e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso é necessário que os indivíduos entendam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando deste modo a participação ativa das pessoas idosas, nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas.

O envelhecimento ativo depende de vários determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações que segundo a OMS (2005) são determinantes:

- 1- Transversais;
- 2- Relacionados com os serviços de saúde e sociais;
- 3- Comportamentais;

- 4- Relacionados com aspetos pessoais;
- 5- Relacionados com ambiente físico;
- 6- Sociais;
- 7- Económicos.

Relativamente aos determinantes transversais eles são a cultura e o género, eles são essenciais para compreender o envelhecimento ativo, pois envolvem todos os outros determinantes. A cultura engloba todos os indivíduos e populações e determina, de certa forma, o envelhecimento das pessoas. As tradições enraizadas, as atitudes, assim como os valores culturais moldam as sociedades no modo de aceitar o processo de envelhecimento e influenciam na procura de comportamentos saudáveis (OMS,2002). O género tem que ser alvo de atenção nas várias opções políticas e a consequência destas sobre o bem-estar das pessoas, independentemente de serem homens e mulheres (OMS, 2002). Há sociedades em que o papel e o *status* de mulher é inferior, contribuindo para um menor acesso à educação, saúde, alimentos o que se vai repercutir no processo do envelhecimento. Por seu lado o homem, além das lesões incapacitantes, também apresentam mais comportamentos de risco.

Os determinantes relacionados com os serviços de saúde e o serviço social englobam: a promoção da saúde e prevenção de doenças; serviços curativos; cuidados a longo prazo e serviços de saúde mental, é essencial que os sistemas de saúde tenham uma perspetiva de vida dos indivíduos que proponha a promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo a cuidados primários de qualidade e a tratamentos a longo prazo como promotores do envelhecimento ativo.

Considerando a promoção da saúde como um processo que permite aos indivíduos controlarem a sua saúde e melhorá-la e que a prevenção de doenças engloba a prevenção e o tratamento das mesmas. Na prevenção estão incluídos os três níveis: primária, em que o enfoque está em evitar ou remover fatores de risco; secundária, que visa a detenção precoce de

problemas de saúde e terciária, que pretende limitar a progressão da doença e evitar ou diminuir as consequências ou complicações (OMS, 2002).

Mesmo implementando medidas na área da promoção da saúde e prevenção de doenças, os indivíduos aumentam o seu risco de desenvolver doenças. Daí surge a necessidade dos serviços curativos, pois são indispensáveis nesta fase do ciclo de vida, sendo a área de eleição os cuidados de saúde primários (OMS, 2005). À medida que a população envelhece novas necessidades de saúde emergem decorrentes do aumento de doenças crónicas, entre outras. Assim, o consumo de medicamentos que retardem e tratem as doenças crónicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida também continua a aumentar. Neste sentido, é fundamental uma parceria entre governos, profissionais de saúde, indústria farmacêutica entre outros, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos essenciais para as pessoas idosas e assegurar a sua utilização adequada atendendo à relação custo benefício (OMS, 2005).

Os cuidados a longo prazo são definidos pela OMS (2005, p.22) como os “sistema de atividades desenvolvidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ ou profissionais de saúde ou de serviços sociais” para assegurar que a uma pessoa que não seja capaz de efetuar as suas atividades de vida diárias tenha uma maior qualidade de vida (OMS, 2000). Assim, os cuidados a longo prazo incluem sistemas de apoio informais e formais. Estes últimos podem abranger uma ampla variedade de serviços comunitários, tais como, os serviços saúde pública, cuidados primários, cuidados domiciliares, serviços de reabilitação e cuidados paliativos. Podem ainda incluir serviços de internamento.

Os serviços de saúde mental também têm um papel determinante no envelhecimento ativo e deviam ser parte integrante nos cuidados a longo prazo. É necessário estar particularmente atento aos subdiagnósticos de doença mental, nomeadamente à depressão e às taxas de suicídio entre pessoas idosas (OMS, 2005).

Os serviços sociais e de saúde devem estar coordenados, integrados e acessíveis, não devem discriminar os indivíduos, pois todas as pessoas devem ser tratadas de igual modo, ou seja, com dignidade e respeito (OMS, 2005).

Os determinantes comportamentais estão associados aos estilos de vida saudáveis e ao cuidar da saúde como bem essencial ao longo de todo o ciclo de vida. Compreendem: o consumo do tabaco; a atividade física; a alimentação saudável, a saúde oral; o álcool e a gestão do regime medicamentoso (OMS, 2005).

Estes determinantes são cruciais para um envelhecimento ativo, pois a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa dos indivíduos nos seus próprios cuidados são muito importantes em todas as fases do ciclo vital. A adoção destes comportamentos podem prevenir doenças, prolongar a vida e a qualidade de vida das pessoas (OMS, 2005).

O uso de tabaco é prejudicial em qualquer idade. Fumar aumenta o risco de aparecimento de doenças, como também, pode levar a perdas da capacidade funcional. Este comportamento tem repercussões graves nos fumadores e nos não fumadores que estão expostos ao fumo, nomeadamente pessoas que sofram de asma ou de outros problemas respiratórios (OMS, 2002).

Outros autores defendem também que o consumo de tabaco tem efeitos graves na saúde das pessoas (induz dependência física e psicológica na grande maioria dos consumidores) e na longevidade (os fumadores perdem em média dez anos de esperança média de vida que podem ser recuperados se o fumador parar de fumar), pois atualmente o consumo do tabaco é a primeira causa de morbilidade e de mortalidade que pode ser evitada. Este consumo é responsável por cerca de cinco milhões de mortes anuais (Nunes, 2006). É de salientar que os não fumadores (fumadores passivos) que estejam em contacto com pessoas fumadoras também estão sujeitas aos malefícios do tabaco (Fonseca, 2007).

A atividade física se for regular e moderada pode trazer grandes benefícios à saúde de todos os indivíduos e pode retardar o declínio funcional. É muito importante, nomeadamente na vida da pessoa idosa, pois além de se sentirem úteis na sociedade adquirem mais autonomia nas suas atividades de vida diárias (OMS, 2002). A atividade física é também considerada uma mais-valia para as pessoas alcançarem um envelhecimento bem-sucedido. Mas, é de salientar que o conceito de atividade inclui não só atividades físicas, como também, atividades mentais (Sé, 2009). O exercício e a estimulação das capacidades cognitivas nas pessoas idosas têm importância, uma vez que, apesar de não fazerem desaparecer as diferenças de idade, tendem a contribuir para um declínio mais tardio do que as capacidades não exercitadas (Denney, 1982, cit por Fonseca, 2006). Embora a evidência comprove os benefícios da atividade física, a maioria da população idosa leva uma vida sedentária o que é preocupante.

Uma grande aliada da atividade física é a alimentação saudável. A alimentação saudável é muito importante para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) os problemas de alimentação em todas as faixas etárias incluem a subnutrição (sobretudo nos países em desenvolvimento), o consumo excessivo de alimentos. Relativamente às pessoas idosas, estes problemas podem ter diversas causas: baixos recursos sócio económicos, dificuldade em angariar alimentos, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que as impede de comprar comida e/ou prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física (OMS, 2006). Por outro lado a ingestão em excesso de alimentos pode provocar obesidade e doenças crónicas ao longo do processo de envelhecimento. Para se ter uma alimentação adequada e saudável tem é importante preservar a saúde oral.

A OMS (2002) refere que um número elevado de pessoas idosas apresenta alguns problemas a nível da saúde oral, nomeadamente cáries, perda de dentes e doenças periodontais que, posteriormente, podem provocar outros problemas de saúde (problemas gastrointestinais, otites, cefaleias entre

outros). Estes problemas na cavidade oral, por vezes não resolvidos, devido às dificuldades financeiras das pessoas idosas, podem também diminuir a sua autoestima e a sua qualidade de vida.

O consumo excessivo de álcool é atualmente um dos fatores de risco com maior impacto na ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com os estilos de vida adotados pelas pessoas. Com o avançar da idade e consequentemente alteração de metabolismo a resistência ao consumo álcool modifica-se e as pessoas idosas têm menor tolerância, assim o consumo de pequenas quantidades pode ter consequências muito graves. Quando o consumo é excessivo pode causar perda de independência nas atividades de vida diárias, tais como, diminuição do funcionamento intelectual, acidentes, episódios de confusão recorrentes, sintomas de autonegligência, diminuição da atenção e de atividades (Nunes, 2009).

A OMS (2002) acrescenta ainda, que há um aumento da suscetibilidade das pessoas mais idosas a doenças relacionadas com o álcool, tais como: a má nutrição, doenças pancreáticas, doenças gástricas e doenças hepáticas. E que para além destes problemas, o álcool também aumenta o risco de queda das pessoas idosas e provoca alterações a nível da interação medicamentosa. Contudo, o álcool não tem só efeitos negativos, segundo uma revisão da literatura da OMS, existem evidências para pessoas com idade superior a 45 anos que a ingestão de álcool até uma dose por dia pode diminuir o risco de derrame e de doenças coronárias (OMS, 2002).

Os medicamentos também fazem parte deste grupo de fatores, pois as pessoas idosas são portadoras de doenças crónicas, e necessitam de medicação contínua. Contudo, existem vários fatores que contribuem para a não adesão medicamentosa, entre os quais as condições socioeconómicas o que vai provocar uma toma de medicação não regular ou a desistência da toma de medicação e, consequentemente conduz a novos problemas de saúde. Por outro lado também há pessoas idosas que tomam medicação em excesso sobretudo tranquilizantes o que podem contribuir para as quedas, e consequentemente internamentos. Por si só, não basta as pessoas idosas ter a medicação, têm que aderir ao regime terapêutico. Tem que adotar

comportamentos saudáveis, tais como: a prática de atividade física, a alimentação saudável, o abandono do fumo e o consumo de medicamentos de acordo com a prescrição médica. Nos países desenvolvidos verifica-se que a adesão ao regime terapêutico a longo prazo por parte da população idosa é de 50 por cento, enquanto que nos países subdesenvolvidos a percentagem revela-se muito inferior. A não adesão tem consequências como: alterações nos tratamentos, na qualidade de vida, na economia e na saúde pública (Dupollina and Sabate cit por OMS, 2005).

Os determinantes relacionados com aspetos pessoais englobam a biologia e a genética, componentes com grande influência no processo do envelhecimento, visto este resultar de um conjunto de processos geneticamente determinados. O envelhecimento consiste numa “deterioração funcional progressiva e generalizada,” que resulta da perda de algumas “faculdades” e do aumento do risco de doenças relacionadas com as pessoas idosas (Kirkwood, 1996 cit por OMS, 2002).

Ou seja, as pessoas idosas ficam doentes com mais facilidade do que os jovens, pois como viveram mais, estiveram mais tempo de contacto com fatores externos, comportamentais e ambientais (Gray, 1996 cit por OMS, 2005). É importante salientar que a evidência comprova que a longevidade é um processo familiar. Contudo, apesar da evidência subsiste um consenso de que “a trajetória de vida, de saúde e de doença de cada indivíduo resulta de uma combinação genética, ambiental, alimentação e de estilo de vida” (Kirkwood, 1996 cit por OMS 2005,p.26). Devido a estes fatores, pode dizer-se que a influência da genética em várias doenças crónicas varia de indivíduo para indivíduo (OMS, 2005).

Nos fatores psicológicos estão incluídos a inteligência e a capacidade cognitiva e são preponderantes e indicativos do envelhecimento ativo e da longevidade das pessoas idosas (Smits et al., 1999 cit por OMS, 2005). Algumas das capacidades cognitivas como a memória e a aprendizagem diminuem com o envelhecimento. Contudo, estas perdas podem trazer outros ganhos do ponto de vista na sabedoria, conhecimento e experiência da pessoa idosa. Há ainda outros fatores que as pessoas idosas foram

adquirindo ao longo do ciclo vida que interferem no seu envelhecimento, como a auto eficiência que está ligada às escolhas de comportamentos pessoais do indivíduo ao longo da vida e à preparação para a reforma (OMS, 2002).

Relativamente aos fatores relacionados com o ambiente físico, estes podem marcar a diferença entre a independência e a dependência das pessoas idosas. A existência de inúmeras barreiras arquitetónicas contribuem para maior predisposição ao isolamento social, à depressão, à redução da resistência física e a um aumento de problemas relativos à mobilidade. As quedas, os acidentes rodoviários, os acidentes domésticos, as catástrofes naturais podem causar lesões irreversíveis e incapacitantes na pessoa idosa. É fundamental estar atento a estes fatores, pois são muito importantes para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa, porque lhes transmite segurança para viver o seu processo de envelhecimento. Para as pessoas idosas a localização da sua residência perto da família, dos transportes, entre outros é muito importante para promover interação social (OMS, 2002).

As quedas ocorridas nas pessoas idosas são uma problemática comum a todos os países. A OMS alerta que as quedas são a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários (OMS, 2010).

Segundo WHO, as quedas são um problema de saúde pública, anualmente regista-se cerca de 424 mil quedas fatais. Mais de 80% das mortes relacionadas com quedas ocorrem em países em desenvolvimento (WHO, 2007). Estão ainda associadas ao ambiente físico a água potável, o ar puro e os alimentos seguros, elementos importantes e imprescindíveis para a sobrevivência de toda a população, sobretudo para as gerações mais vulneráveis como as pessoas idosas, que possuem doenças crónicas e um sistema imunológico mais susceptível (OMS, 2002).

Os determinantes sociais que incluem o apoio social, a aprendizagem permanente, as oportunidades de educação, a paz e a proteção contra a

violência e os maus tratos são conceitos chave para que a pessoa idosa tenha um processo de envelhecimento saudável. A falta deste tipo de apoios pode levar ao isolamento social e, consequentemente provocar a sua morte (OMS, 2002).

Por outro lado, se este tipo de apoio for inadequado pode conduzir a um aumento da taxa de mortalidade entre as pessoas idosas e de problemas psicológicos, entre outros. A presença de contactos sociais próximos e animadores promovem a saúde física e mental. É essencial que os governos, as organizações não governamentais e os profissionais de saúde fomentem parcerias e redes sociais para as pessoas idosas a partir de grupos comunitários, voluntariado, ajuda dos vizinhos, monitorização de visitas em parceria, cuidadores informais e a promoção da implementação de programas de interação entre as gerações (OMS, 2002).

A violência e os maus tratos à pessoa idosa, infelizmente são cada vez mais frequentes. As pessoas idosas que vivem sozinhas podem sentir-se mais expostos a crimes de furto ou agressão. Uma das formas mais comuns de violência perante as pessoas idosas é feita por pessoas mais próximas que a pessoa idosa conhece bem. Estes maus tratos podem ser manifestados de diversas formas como por exemplo: abuso físico, sexual psicológico e financeiro. Estes devem ser reduzidos e preferencialmente eliminados da sociedade, por isso é importante envolver os diversos agentes da comunidade entre os quais: polícia, os profissionais do serviço social e de saúde, líderes espirituais para em parceria munirem-se esforços para consciencializar a comunidade sobre estes problemas e conduzir à mudança de comportamentos que provoquem atitudes preconceituosas face à pessoa idosa (OMS, 2002).

A educação e a alfabetização são essenciais ao longo de todo o ciclo de vida e a sua ausência vai ter repercussões no processo do envelhecimento. Assim quando é deficitária influencia habilidades e oportunidades e consequentemente a qualidade de vida. Assim como, está também relacionado com maior risco de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento. Quanto maior for o nível de educação assim como a

oportunidade de formação contínua maior serão um maior contributo no futuro para as pessoas desenvolverem habilidades e confiança e para que estas se adaptem e sejam independentes ao longo do seu processo de envelhecimento. No mercado laboral das pessoas idosas surgem alguns problemas causados pela falta de qualificação e a baixa instrução e não pela perda de faculdades associadas ao envelhecimento. Se cada vez mais há um aumento da população idosa, é importante manter as pessoas idosas envolvidas em atividades que as mantenham ocupadas e úteis para a sociedade (OMS, 2002).

Os determinantes económicos englobam três aspetos relevantes para o envelhecimento ativo: o rendimento, a proteção social e o trabalho. O rendimento para as pessoas idosas é um problema, pois a maioria têm reformas muito pequenas que não lhes permite pagar as várias despesas e por vezes, também não possuem bens ou poupanças para fazer face a esta problemática. Isto contribui para a falta de acesso à alimentação saudável e a cuidados de saúde e consequentemente as pessoas idosas tem maior risco de desenvolver patologias tornando-os mais vulneráveis (OMS, 2002).

A proteção social é essencial para todas as pessoas idosas. Nos países em desenvolvimento as pessoas idosas tendem a pedir ajuda à família ou então utilizar as suas economias, pois nestes países o serviço social não consegue dar resposta à maioria das necessidades. Nos países desenvolvidos já existem outros meios, como por exemplo, pensões de velhice, projetos de pensão reforma, incentivos para uma poupança voluntária por parte das pessoas idosas e inclusive, no caso de Portugal, o sistema nacional de saúde assegura os cuidados de saúde (OMS, 2002).

O trabalho é muito importante durante a vida de uma pessoa. As pessoas que conseguem ter um trabalho digno com remuneração de acordo com a lei, com certeza que quando chegarem á velhice, manifestarão maior tranquilidade. Quando o indivíduo atinge a idade da reforma é necessário manter-se ocupado mesmo não sendo remunerado pelas atividades efetuadas, para assim passar por este processo de uma forma ativa (OMS, 2002).

1.3. Qualidade de Vida da Pessoa Idosa

Para Farenzena (2007) é impossível estudar o processo de envelhecimento sem abordar a qualidade de vida. A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, por este motivo tem sido utilizada por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e políticos (Campos e Neto, 2008). Segundo estes autores não se trata de um conceito novo, mas a sua importância tem aumentado por diversas razões.

De facto, o conceito de qualidade de vida foi referido pela primeira vez em 1920 num livro sobre economia e bem-estar material (Fraguelli, 2008). Na literatura médica, há indícios que o termo surgiu na década de 30 (Seidl e Zannon, 2004). Segundo Fraguelli (2008) o conceito acabou por sofrer uma significativa mudança após a II Guerra Mundial.

Llobet *et al.* (2011) corroboram que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspetos objetivos da vida; atualmente, os aspetos subjetivos são considerados essenciais (Llobet *et al.*, 2011). Estes autores referem ainda que, atualmente, é consensual que este constructo tem um carácter multidimensional, incluindo componentes objetivos e subjetivos.

O carácter multidimensional refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diversas dimensões (Seidl e Zannon, 2004). Relativamente à subjetividade, trata-se de considerar a perceção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não médicos do seu contexto de vida (Seidl e Zannon, 2004). Ferreira (2009) salientam que a perceção do indivíduo é construída a partir de algumas normas, as valorizadas de acordo com circunstâncias biopsicossociais, económicas, culturais e espirituais da vida do indivíduo. Quanto à objetividade, esta

encontra-se relacionada com indicadores socioeconómicos, tais como, rendimentos e nível de escolaridade (Costa, 2011).

Uma das definições que expressa um conhecimento abrangente e complexo da qualidade de vida é a da OMS. Tal como referimos anteriormente, esta organização define a qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do seu sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2002). Campos e Neto (2008) consideram este conceito de qualidade de vida genérico e apontam um outro ligado à saúde: o valor atribuído à vida, influenciado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, pelo seu agravamento e tratamento e a organização política e económica do sistema de saúde.

Para Neri (2005) a qualidade de vida está relacionada com a adaptação dos indivíduos e grupos, pertencentes a uma ou várias sociedades, em diferentes fases da vida. Concretamente na velhice, a preocupação com a qualidade de vida aumentou nos últimos trinta anos. Esta preocupação ocorreu, entre outros motivos, devido ao aumento do número de pessoas idosas na população e à expansão da longevidade.

Face ao envelhecimento da população, o grande desafio que se coloca aos profissionais de saúde é o de conseguir uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor (Oliveira et al., 2010). Para estas investigadoras à medida que o indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é influenciada pela habilidade destes em manter a sua autonomia e independência.

Llobet *et al.* (2011) e Neri (2000) referem que definir qualidade de vida na velhice não é uma tarefa fácil, pois tanto a velhice como a qualidade de vida se encontram dependentes do tempo. Neri (2003) defende que o conceito de qualidade de vida na velhice está diretamente associado com a existência de condições ambientais que permitam às pessoas idosas desempenhar comportamentos adaptativos, com a qualidade de vida percebida e com o sentimento de autoeficácia. Para Neri (2003) a avaliação

subjetiva que cada indivíduo faz do seu funcionamento constitui o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. A autoeficácia significa a crença do indivíduo de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que deseja.

Paschoal (2004) define qualidade de vida na velhice como a percepção que o indivíduo possui de bem-estar, que resulta da sua avaliação do quanto realizou, do que idealiza como importante para uma boa vida e do seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até ao momento.

Irigaray e Trentini (2009) verificaram no seu estudo que o conceito de qualidade de vida na velhice incluiu critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciado pelos valores do indivíduo e da sociedade em que este vivia. Observaram ainda que os afetos positivos (ter alegria na vida, amor e amizade) foram as variáveis mais citadas e associadas como determinantes importantes da qualidade de vida na velhice. Os aspetos evidenciados como mais prejudiciais ao bem-estar foram a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais. As idosas também salientaram “ter saúde” como o item mais importante para a melhoria da qualidade de vida.

Estudos revelados por Llobet *et al.* (2011) na área da qualidade de vida também indicaram que as pessoas idosas consideram importantes diversos fatores: saúde, autonomia, fatores psicológicos (solidão, personalidade), ambiente adequado (habitação, ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), auto-estima e dignidade, privação económica. Llobet *et al.* (2011) salientam que a percepção das pessoas idosas acerca da sua qualidade de vida não é necessariamente má e muitas manifestam-se felizes e satisfeitas com a sua vida atual.

Segundo Llobet *et al.* (2011) um indivíduo possui um elevado nível de bem-estar subjetivo quando se encontra satisfeito com a vida e vive de uma forma positiva. Por outro lado, um indivíduo com um baixo nível de bem-estar subjetivo está insatisfeito com a vida e experiencia emoções negativas, tais como, ansiedade e/ou depressão (Llobet *et al.*, 2011). Estes autores acreditam que ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas

esperam o aparecimento de doenças crónicas e a redução das redes sociais, assim as estratégias utilizadas para lidar com estes eventos podem contribuir para a sua perceção elevada ou baixa de qualidade de vida.

Além da relação entre qualidade de vida e saúde já descrita, Almeida, Gutierrez e Marques (2012) acrescentam que independentemente do conceito adotado e do instrumento utilizado sobre qualidade de vida, existe uma íntima relação entre esta, a área da saúde e a prática de exercício físico.

Oliveira et al. (2010) sugerem que a prática de exercício físico pode ajudar as pessoas a manterem o maior vigor possível, melhorar a função em diversas atividades, aumentando a qualidade de vida à medida que envelhecem. Embora estas autoras salientem que as vantagens da prática de exercício físico pelas pessoas idosas dependem da forma como decorre o processo de envelhecimento e da rotina de exercício físico praticado, sabe-se que existem benefícios para a saúde mesmo quando prática de exercício físico é iniciada numa fase tardia da vida.

Num estudo revelado por Oliveira et al. (2010) verificou-se que em pessoas idosas a prática de exercício físico é importante para o aumento ou a preservação da força e da potência muscular, manutenção da mobilidade e prevenção e redução das quedas e das fraturas.

Neste capítulo, parece-nos ainda pertinente abordar as dificuldades relacionadas com a avaliação da qualidade de vida. Seidl e Zannon (2004) sugerem que estas dificuldades limitam a inclusão da avaliação na prática clínica, devido à ausência de informação dos profissionais de saúde sobre as diferentes metodologias para o estudo da qualidade de vida. Seidl e Zannon (2004) identificam as principais tendências metodológicas para a avaliação da qualidade de vida, quer nos trabalhos que utilizam metodologias quantitativas quer nos que utilizam metodologias qualitativas. Nos primeiros, os esforços estão voltados para a construção de instrumentos, com o intuito de conferir o carácter multidimensional do constructo e a sua validade. Relativamente aos segundos, os seus defensores recomendam a

utilização de técnicas, tais como as histórias de vida ou as biografias e outras análises típicas dos estudos de natureza qualitativa. Outros investigadores defendem a complementaridade das metodologias, de forma a permitir a emergência de temas que fazem sentido para o indivíduo, simultaneamente, com a garantia da validade e confiabilidade das técnicas que viabilizam a comparação de resultados de grupos e de indivíduos (Seidl e Zannon, 2004).

2. ESTUDO EMPÍRICO

2.1. Metodologia

A metodologia refere-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para dar resposta às questões de investigação ou para verificar as hipóteses formuladas na fase conceptual (Fortin, 2006). Segundo esta autora, na fase conceptual estabelecem-se os fundamentos do estudo e na fase metodológica operacionaliza-se o estudo tendo em vista a realização da fase empírica. Assim, na fase metodológica determina-se um certo número de operações e estratégias, que indicam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que indicará o caminho a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação/difusão (Fortin, 2006).

No decorrer desta fase, o investigador foca a sua atenção, principalmente, no desenho de investigação, na escolha da população e da amostra, nos métodos de medida e de colheita de dados (Fortin, 2006).

2.2. Tipo de Estudo

Para o desenvolvimento deste estudo optamos por uma revisão integrativa. A revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar os resultados de estudos sobre um tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Neste estudo utilizaremos a metodologia proposta por Cooper (1982). Segundo este a revisão integrativa desenvolve-se em cinco etapas: formulação do problema, colheita de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Ainda segundo Cooper (1982) cada uma destas fases tem uma função semelhante às da pesquisa primária. As diferenças nas metodologias de revisão, tal como as diferenças nas metodologias das pesquisas primárias, implicam discrepâncias nas conclusões. Para Cooper (1982) o mais importante em cada fase de revisão são as escolhas metodológicas, pois estas podem ameaçar a validade das conclusões da revisão.

2.2.1. Formulação do Problema

Segundo Cooper (1982) na etapa da formulação do problema definem-se as variáveis de duas formas diferentes, concetual e operacional. O autor chama a atenção para o facto da primeira fonte de variação nas revisões ocorrer durante a identificação do conceito. Por exemplo, se dois investigadores utilizarem um termo idêntico para um conceito abstrato podem empregar diferentes definições operacionais ou níveis de abstração, isto é, a definição dada por cada um dos revisores pode conter algumas operações diferentes ou podem ser completamente iguais (Cooper, 1982).

A utilização de múltiplas formas de operacionalização dos constructos também afeta os resultados da revisão, pois podem influenciar a atenção que o revisor coloca na avaliação da metodologia usada na literatura (Cooper, 1982). Este autor atribui esta variação à forma como a operacionalização é realizada após a colheita do material informativo. Cooper (1982) refere ainda que dois investigadores adotando idênticas definições concetuais e analisando o mesmo conjunto de estudos podem tirar conclusões completamente diferentes. Se um investigador adquiriu

mais informação acerca do método e conseguiu estabelecer uma relação dependente deste em relação a outro investigador as conclusões de ambos poderão ser ortogonais entre si (Cooper, 1982).

Para Cooper (1982) cada fonte de variância introduz uma potencial ameaça à validade das conclusões da revisão. Investigadores que utilizem conceitualizações restritas facultam pouca informação sobre os diferentes contextos nos quais se aplica o resultado da revisão. Pelo contrário, os investigadores que usam definições concetuais mais abrangentes têm maior probabilidade de produzir conclusões com maior validade (Cooper, 1982).

Neste estudo, tal como já referimos anteriormente, emergiu o seguinte problema: Qual o conhecimento produzido acerca da contribuição da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa?

As variáveis seleccionadas para o presente estudo são: o envelhecimento ativo e qualidade de vida das pessoas idosas. Neste estudo adotamos a definição de envelhecimento ativo da OMS (2002.p.14), segundo a qual “... é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.”

Em relação á qualidade de vida optou-se pelo ponto de vista de Almeida Gutierrez e Marques (2012), segundo os quais independentemente do instrumento indicador utilizado ou do conceito adotado sobre a qualidade de vida, a abrangência deste termo encontra-se relacionado com aspetos físicos, emocionais, de relacionamentos, ligados ao bem-estar. Teremos ainda em consideração o ponto de vista de Almeida, Gutierrez e Marques (2012), segundo os quais o estado de saúde é um indicador para a perceção de um bem-estar positivo ou negativo.

2.2.2. *Recolha de Dados*

Durante a fase da recolha de dados o investigador tem de tomar uma importante decisão: selecionar os elementos da população para a revisão (Cooper, 1982). A identificação da população é complexa pelo facto das revisões integrativas envolverem dois alvos. Primeiro, o investigador pretende incluir nos resultados da sua revisão toda a investigação realizada anteriormente sobre o fenómeno em estudo. Os investigadores podem exercer algum controle sobre este objetivo escolhendo as fontes de informação (Cooper, 1982). Segundo, o revisor espera que os estudos incluídos permitam generalizações aos indivíduos a quem interessa a área de estudo. A influência do revisor é limitada pelo tipo de indivíduos que constituíram a amostra do investigador primário (Cooper, 1982).

É provável que dois revisores usem técnicas diferentes e, consequentemente apresentem conclusões discrepantes (Cooper, 1982).

A primeira ameaça à validade da recolha de dados deve-se à análise. Esta pode não incluir e, provavelmente, não inclui todos os estudos pertinentes ao tema de interesse. Um revisor que utilize fontes de informação mais amplas apresenta maior probabilidade de obter um conjunto de resultados semelhante a uma pesquisa realizada anteriormente (Cooper, 1982). A segunda ameaça à validade, que ocorre durante a recolha de dados, é que os indivíduos incluídos nos estudos obtidos podem não representar todos os indivíduos da população alvo. O revisor não pode ser criticado por esta ameaça se os procedimentos da obtenção dos estudos forem exaustivos. No entanto, os revisores que referem nas suas conclusões os elementos da população que faltam ou que se encontram sobre representados provavelmente correm um menor risco de generalização excessiva (Cooper, 1982).

Neste estudo, para selecionar os elementos da população para a revisão definimos os critérios de inclusão e de exclusão, as bases de dados a serem pesquisadas e os descritores.

Relativamente aos critérios de inclusão, definimos os seguintes: artigos publicados entre 2008 e 2014 que abordem a influência da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas; artigos que descrevam programas desenvolvidos por profissionais de saúde no âmbito da promoção do envelhecimento ativo; artigos que estejam disponíveis na íntegra e escritos em língua inglesa e portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão dos artigos, estabelecemos que seriam os artigos publicados anteriormente a 2008; artigos em que só esteja disponível o resumo e os artigos de revisão da literatura.

As bases de dados selecionadas para a pesquisa dos artigos foram a EBSCOhost; Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Plus with Full Text; ERIC; Library, Information Science & Technology Abstracts; Medic Latina; MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORT Discus with Full Text. Tratam-se de bases de dados que usam critérios formais para a indexação dos periódicos e incluem publicações nacionais e internacionais.

Os descritores utilizados para a pesquisa nas bases de dados foram envelhecimento ativo (active aging); participação social (social participation); segurança (safety); qualidade de vida (quality of life) e enfermeiras (os) (nurses).

2.2.3. *Avaliação dos Dados*

Após a recolha dos dados, o investigador efetua uma avaliação crítica sobre a qualidade dos dados individuais. Cada um destes dados é analisado segundo a evidência conhecida para verificar se estes se encontram influenciados por fatores irrelevantes ao problema em consideração (Cooper, 1982).

Nesta fase, Cooper (1982) salienta as fontes de variância na avaliação dos estudos a incluir na revisão. A primeira fonte de variância é introduzida pela divergência dos investigadores quanto aos critérios para avaliar a qualidade metodológica da pesquisa. Outra fonte de variância nas conclusões da revisão é o grau em que outros fatores, além da qualidade metodológica, afetam as decisões de avaliação. Cooper (1982) considera ainda que existe uma ameaça à validade da análise que está totalmente fora do controle do investigador, pois envolve a falta de informação por parte dos investigadores primários.

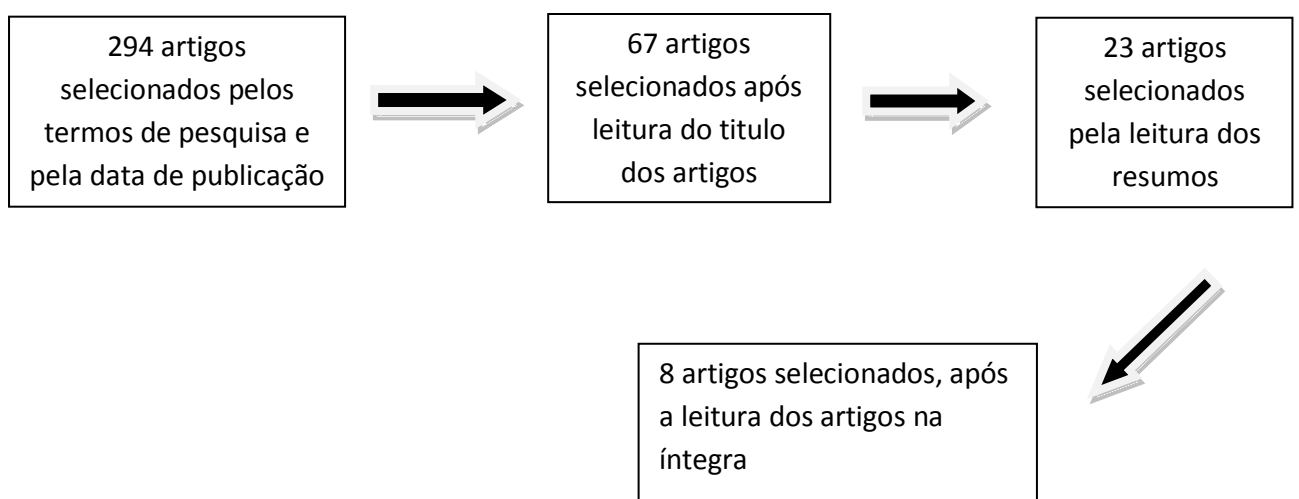
Para proteger a validade da pesquisa, Cooper (1982) recomenda que, antes da pesquisa da literatura, os revisores desenvolvam critérios de avaliação e que os critérios de exclusão dos estudos sejam indicados o mais objetivamente possível. O autor sugere ainda a utilização de mais do que um revisor. Neste estudo, além da investigadora principal participaram duas docentes na área de enfermagem com conhecimentos sobre a temática estudada.

Segundo Silva (2011) o propósito desta etapa é sumariar e documentar de forma concisa e fácil, as informações chave de cada artigo incluído na revisão. Para registar as informações colhidas dos artigos científicos selecionados foi construído um instrumento (ANEXO I), tendo por base o problema formulado e os objetivos do estudo. Foi ainda considerado o preconizado por Bandeira (2010), segundo esta o instrumento deverá ter as

seguintes informações: identificação do artigo (nome dos autores, título do trabalho, ano, volume e número de publicação; descritores; objetivo/ questão de investigação); metodologia (tipo de estudo; qualidade; população/ amostra; local onde se desenvolveu o estudo e forma da colheita de dados); resultados dos estudos e recomendações do estudo.

No final desta fase obtivemos oito estudos (figura 1)

Figura 1: Resumo da seleção dos estudos



2.2.4. *Análise e Interpretação dos Dados*

Na etapa de análise e interpretação dos dados, os dados colhidos pelo investigador são sumariados numa declaração unificada sobre o problema de pesquisa. A interpretação destes dados exigem que o investigador diferencie padrões de dados sistemáticos dos de “ ruído” ou flutuação de acaso (Cooper, 1982). Para realizar esta função, Cooper (1982) recomenda que o investigador aplique algumas regras de inferência.

Segundo Cooper (1982) a primeira ameaça que acompanha esta etapa de análise e interpretação dos dados inclui a regra de inferência que o

investigador utiliza. Nas análises não quantitativas é difícil avaliar a adequação das regras de inferência, pois muitas das vezes não são explícitas. Nas análises quantitativas, os pressupostos dos testes estatísticos são normalmente conhecidos e alguns vieses estatísticos podem ser removidos (Cooper, 1982). Independentemente da estratégia utilizada pelo investigador na análise e interpretação dos dados, há sempre a possibilidade do revisor ter utilizado uma regra inválida para inferir uma característica da população alvo (Cooper, 1982). A segunda ameaça à validade é a má interpretação de provas baseadas na evidência a sua utilização para apoiar uma dada causalidade.

Nesta etapa, para proteger a validade Cooper (1982b) sugere, quer para as análises de dados quantitativos quer qualitativos, que os revisores explicitem as suas regras de inferência. Se existir qualquer evidência de influência das regras sobre a validade, esta deverá ser apresentada. O autor sugere ainda que os revisores devem ter o cuidado de distinguir as inferências do estudo das baseadas na revisão.

2.2.5. Apresentação dos Resultados

A elaboração de um documento que descreve a revisão é uma tarefa com implicações profundas para a acumulação de conhecimento. Segundo Cooper (1982) duas ameaças à validade acompanham o relatório escrito. Em primeiro lugar, a omissão de detalhes sobre como a revisão foi conduzida reduz a replicabilidade da conclusão da revisão. Com a falta de detalhes o leitor é incapaz de determinar se uma pesquisa pessoal da literatura levaria a uma conclusão semelhante (Cooper, 1982).

A segunda ameaça envolve a omissão de provas que outros investigadores consideram importantes. Segundo Cooper (1982) uma análise tornar-se-á

ultrapassada se não abordar as variáveis e as relações que são importantes para uma determinada área.

Para Cooper (1982) não existe um modelo para ser seguido na apresentação dos resultados. No entanto, aconselha o investigador a explicitar as possíveis lacunas e vieses da pesquisa. Neste estudo, optamos por apresentar os resultados, no início em quadros com os dados extraídos dos artigos selecionados e, posteriormente, utilizamos a técnica de análise de conteúdo.

2.3. Considerações Éticas

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética (Martins, 2008). Para este autor desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador percorre um longo caminho e alguns aspetos, inicialmente considerados de pormenor, podem vir a ser considerados de grande importância. Neste âmbito, podemos incluir a utilização de dados secundários.

Segundo Souto et al. (2011) embora, não exista qualquer impedimento legal para a realização de pesquisas com a utilização de dados secundários, são vários os aspetos éticos relacionados com a utilização destes dados para a investigação. Num estudo realizado por estes autores, os dilemas éticos mais prevalentes neste tipo de pesquisa estavam relacionados com a confidencialidade, a privacidade e o consentimento individual.

Perante estas constatações, seguimos o preconizado por Fortin (2003): manter a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores das publicações pesquisadas, de forma a assegurar o rigor da análise e fidelidade dos métodos. Foram ainda realizadas as devidas citações e referências, de acordo com a norma portuguesa (NP 405-1, 2, 3 e 4).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como foi referido anteriormente, a presente revisão integrativa inclui oito artigos científicos selecionados da seguinte forma: inicialmente, através da pesquisa pelos descritores e pela data de publicação obtiveram-se 294 artigos, depois da leitura do título desses artigos selecionaram-se 67, após a leitura dos resumos foram selecionados 23 artigos, com a leitura destes artigos na íntegra selecionamos oito artigos para a nossa análise.

Neste capítulo vamos apresentar e discutir os dados colhidos na presente revisão integrativa.

3.1. Caracterização e identificação dos objetivos e questões de investigação

No quadro 1 constam os dados que permitem caracterizar os artigos selecionados e identificar os seus objetivos e questões de investigação.

QUADRO 1: Caracterização, objetivos e questões de investigação dos estudos

| Nº | Título do trabalho | Nomes dos autores/ Ano/ Revista/Volume/ Nº de publicação | Descritores | Objetivo/ Questão de investigação |
|----|---|--|--|--|
| 1 | Fit and fabulous: mixed-methods research on processes, perceptions, and outcomes of a yearlong gym program with assisted-living residents | KLUGE, Mary Ann; LECOMPTE, Michelle; RAMEL, Lisa - Journal of Aging and Physical Activity, 2014, nº 22, p.212-225. | Pessoas idosas; Doença crónica; Exercício; Treino de força; Auto percepção; Qualidade de vida; Lar de idosos; Cuidados continuados na comunidade; Cuidados de longa duração; Parcerias universitárias. | O objetivo geral deste estudo foi compreender como incentivar as pessoas idosas a iniciarem e a continuarem a realizar exercício no ginásio do lar. |
| 2 | Effectiveness of a targeted exercise intervention in reversing older people's mild balance dysfunction: a randomized controlled trial | YANG, Xiao Jing, [et al]. Physical Therapy, january 2012, vol. 92, nº 1, p.24-37. | | O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de um programa de exercício personalizado, no domicílio, a nível do equilíbrio e da força em pessoas idosas que apresentavam disfunção a estes níveis. |
| 3 | Effects of a 12-week community exercise programme on older people | WALLACE, Ricky, [et al]. Nursing Older People, february 2014, vol. 26, nº 1, p.20-26. | Comunidade; Exercício; Fitness; Fragilidade; Saúde; Atividade física e Saúde Pública. | O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de um programa de exercício físico durante doze semanas na redução dos riscos para a saúde associados ao declínio físico em pessoas com idades ≥ 60 anos. |
| 4 | Evaluation of a volunteer-led in-home exercise program for home-bound older adults | STOLEE, Paul; ZAZA, Christine; SCHUEHLEIN, Sheila. Work, 2012, vol. 41, p.340-353. | Exercício em casa; Voluntários; Pessoas idosas frágeis, Função física. | O objetivo deste estudo foi avaliar um programa de exercícios realizado por pessoas idosas em casa. |
| 5 | Exercise class participation among residents in low-level residential aged care could be enhanced: a qualitative study | GUERIN, Michelle; MACKINTOS, Shylie; FRYER, Caroline. Australian Journal of Physiotherapy, 2008, vol. 54, p.111-116. | Exercício; Idoso; Pesquisa Qualitativa; Fisioterapia. | O objetivo deste estudo foi formular recomendações, para aumentar a participação das pessoas idosas nas sessões de exercícios organizados pela instituição onde residem. Foi formulada a questão de investigação: "Qual a percepção que as pessoas que residem em unidades de cuidados de baixo custo têm acerca dos fatores facilitadores e das barreiras à participação nas sessões de exercício oferecidas por essas unidades?" |
| 6 | How local interventions can build capacity to address social isolation in dispersed rural communities: a case study from northern Ireland | HEENAN, Deirdre. Ageing International, Springer, 2011, vol. 36, p. 475-491. | Rural; Bem-estar; Capacitação; Envelhecimento ativo e Comunidade | O objetivo deste estudo foi examinar as dimensões do envelhecimento no meio rural utilizando essas dimensões para avaliar a forma como as intervenções locais podem capacitar as comunidades dispersas e atender ao seu isolamento social. |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 7 | Impact of a program to promote health and quality of life of elderly | TAMAI, Silvia Affini Borsoi, [et al]. Einstein, janeiro, 2012, vol. 41, nº1, p. 8-13. | | O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da participação de idosos no Grupo de Assistência (GAMIA) do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na sua qualidade de vida. |
| 8 | Tablet-based strength-balance training to motivate and improve adherence to exercise in independently living older people: part 2 of a phase ii preclinical exploratory trial | VAN HET REVE, Evan [et al]. Journal of Medical Internet Research, 2014, vol. 16, nº 6, p.159-184. | Marcha; Envelhecimento; Exercícios terapêuticos; Tablet; Prestação de cuidados de saúde | O objetivo deste estudo foi comparar três programas de exercícios (com recurso a <i>tablet</i> e brochuras; estratégias de motivação individuais e sociais e participantes ativos e inativos) em três diferentes instituições, de forma a avaliar os seus efeitos na qualidade da marcha e na performance física das pessoas idosas. |

Como se pode verificar no quadro 1, relativamente ao título dos artigos, a maioria refere-se ao exercício físico. Parra, Valencia e Villami (2012) corroboram que o comportamento sedentário aumenta com a idade e constitui um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, a obesidade e a diabetes, entre outros. Por este motivo, defendem que o início e a manutenção do exercício físico em pessoas idosas é uma prioridade. A realização periódica de exercício físico moderado pode atrasar o declínio funcional e reduzir o risco de sofrer de doenças crónicas, independentemente da pessoa idosa ser saudável ou doente (Parra; Valencia; Villami, 2012).

Relativamente aos autores dos artigos, verificamos que são provenientes de várias áreas profissionais: psicologia, medicina, engenharia, educação, fisioterapia e terapia ocupacional. Este facto vai de encontro às recomendações da OMS (2002), segundo as quais as pessoas que precisam de cuidados devem ter acesso a uma gama de serviços sociais e de saúde.

Também a nível nacional o Programa Nacional de Saúde para as pessoas idosas (DGS, 2004) preconiza uma abordagem multidisciplinar e intersectorial à pessoa idosa. É de salientar que não existe nenhum autor da área disciplinar de enfermagem. Contudo, existem artigos, nomeadamente, o intitulado “*Effects of a 12-week community exercise:*

programme on older people”, em que os profissionais de enfermagem colaboraram na implementação do programa de promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida. Este programa espelha os princípios de envelhecimento ativo defendidos pelas Nações Unidas (OMS,2002): assistência, independência, participação e dignidade que contribuem para o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas.

Face à tendência de envelhecimento da população a nível mundial, não admira que os artigos tenham sido divulgados por diferentes tipos de publicações. No entanto, como se pode verificar no quadro 1, a maioria das publicações estão relacionadas com o envelhecimento e a fisioterapia/terapia física.

Quanto aos descritores, naturalmente cada artigo tem os seus próprios descritores, contudo existem descritores em comum que são: as pessoas idosas e o exercício.

Após a observação do quadro 1, verificamos que os objetivos da maioria dos estudos se encontravam relacionados com a avaliação dos programas de exercício implementados [2,3,4,7 e 8]; dois [1 e 5] com o incentivo das pessoas idosas para realizarem exercício físico e apenas um estudo teve como objetivo o envolvimento da pessoa idosa para promover a coesão da comunidade onde está inserida [6]. Face ao envelhecimento da população e, conseqüentemente, à crescente exigência de programas de promoção da saúde e gestão da doença crónica e à limitação de recursos é fundamental a avaliação dos programas (Bryant; Alpeter e Whitelaw, 2006). Para estes autores a avaliação dos programas permite identificar aqueles que conduzem a resultados positivos para as pessoas idosas e, simultaneamente, justificar os recursos financeiros aos financiadores.

Relativamente aos artigos que tinham como objetivo o incentivo à realização de exercício físico, Parra, Valencia e Villami (2012) referem que o facto das pessoas idosas se manterem ativas pode ajuda-las a conservar a sua independência durante um maior período de tempo. Estes autores defendem ainda que um estilo de vida ativo melhora a saúde mental e favorece os contactos sociais.

3.2. Metodologia dos Estudos

No quadro 2 apresentamos a metodologia dos estudos.

QUADRO 2: Metodologia dos Estudos

| Nº | Tipo de estudo | População/ Amostra | Local onde se desenvolveu o estudo | Forma de colheita dados |
|----|-------------------------------|---|------------------------------------|---|
| 1 | Método misto | População: quarenta e duas pessoas idosas residentes numa instituição. Amostra: doze pessoas idosas residentes na instituição. | Estados Unidos | Entrevistas individuais, notas de campo e <i>focus group</i> para colheita dos dados qualitativos; medidas de avaliação física, tais como, equivalente metabólico e carga de trabalho. |
| 2 | Estudo randomizado controlado | População: pessoas com idade ≥ 65 anos, residentes na área metropolitana de Melbourne, que satisfaziam os seguintes critérios: viver na comunidade; sem problemas de marcha ou utilizadores de bengala; sem história de mais de que uma queda no último ano. Amostra: dos 225 potenciais participantes, 60 foram excluídos; 82 fizeram parte do grupo de intervenção e 83 do grupo de controlo. | Austrália | A colheita de dados foi efetuada na comunidade no início do estudo e seis meses após o seu termo. Esta colheita foi feita através dos seguintes instrumentos: o teste de dinâmica bilateral para avaliar a distância e o equilíbrio dos participantes; o teste do degrau para avaliar a dinâmica e postura unipodal; o teste de sentar-se e levantar-se da cadeira cinco vezes; uso de um dinamómetro para avaliar a força muscular dos membros inferiores; avaliação da velocidade da caminhada; teste modificado de interação sensorial sobre o equilíbrio, uma medida de avaliação do equilíbrio estático; teste para avaliar os limites de estabilidade, um teste de equilíbrio dinâmico de postura bilateral e o teste de transferência sedestação/ortostatismo para avaliar a aquisição da posição ortostática a partir da posição sentada. |
| 3 | Estudo com método misto | Participaram 42 e duas pessoas residentes em Liverpool, doze homens e trinta mulheres. Vinte cinco participantes foram alocados ao grupo de intervenção e dezassete ao grupo de comparação. | Reino Unido | Para ambos os grupos foi aplicado o Senior Fitness Test no início do estudo, às doze semanas, aos seis e aos doze meses. Também com ambos os grupos foi conduzido um <i>focus group</i> às doze semanas e com o grupo de intervenção aos doze meses. |

| | | | | |
|---|--|---|------------------|---|
| 4 | Estudo com método misto | <p>População: Pessoas idosas frágeis, que vivem isoladas na comunidade e que estão a enfrentar mudanças na sua mobilidade e, consequentemente a gerir o seu estado de saúde.</p> <p>Amostra: Trinta e três pessoas idosas. Fizeram ainda parte do estudo 59 voluntários (que implementaram o programa) e sete coordenadores locais do programa.</p> | Canadá | <p>Foram aplicados testes de avaliação funcional. Escala do equilíbrio de Berg para avaliar a flexibilidade e a força corporal; o <i>Sénior Fitness Test</i>, para avaliar a aptidão física; a Escala de Confiança no Equilíbrio é específica para a atividade que avalia a auto percepção do equilíbrio; um instrumento elaborado pela equipa do projeto para avaliar as atividades de vida diária e outro para avaliar os fatores que emergem da Teoria do Comportamento Planeado.</p> <p>Foram ainda utilizados utilizados o <i>Participant satisfaction survey</i>; o <i>Participant follow-up interviews</i>; o <i>Volunteer follow-up survey</i>; o <i>Site coordinator follow-up survey</i> e o <i>Site coordinator focus group interview</i>.</p> |
| 5 | Estudo qualitativo com recurso a grupos focais | <p>Participantes: Foram convidadas a participar no estudo dez pessoas idosas residentes num lar, contudo só sete aceitaram. Participaram também no estudo cinco enfermeiras e oito terapeutas que prestavam cuidados nessa instituição.</p> | Austrália | <p>Foram utilizados <i>focus group</i> para encorajar os participantes a explorar os fatores facilitadores e as barreiras á participação nas sessões de exercício físico oferecidas na instituição.</p> <p>Estes foram realizados separadamente (pessoas idosas e profissionais de saúde), para que os grupos fossem homogêneos.</p> |
| 6 | Estudo de caso | <p>Participantes: 35 pessoas idosas residentes em meio rural, na Irlanda do Norte e 16 pessoas que trabalham com essas pessoas (dois licenciados em geriatria, dois líderes da igreja, um assistente social, um conselheiro local, um professor e quatro voluntários que exercem na comunidade).</p> | Irlanda do Norte | <p>Foi utilizada a entrevista. Esta inclui questões sobre a perspetiva dos participantes acerca do envelhecimento no meio rural, o seu sentido de comunidade, a rede social e os membros do grupo.</p> |
| 7 | Estudo longitudinal | <p>População: 90 pessoas idosas das quais apenas 83 completaram o estudo.</p> | Brasil | <p>Foram utilizados: o questionário <i>World Health Organization Quality Life</i> que abrange quatro domínios: relações físicas, psicológicas, sociais e meio ambiente; o Índice de Katz que avalia as atividades básicas da vida diária e a Escala de Lawton que avalia as atividades instrumentais de vida diária.</p> |
| 8 | Ensaio pré-clínico exploratório. | <p>Quarenta e quatro pessoas idosas autônomas recrutadas em dois lares de idosos e num centro de dia que presta cuidados domiciliários. As pessoas idosas foram divididas em 3 grupos de treino: brochura (guiado por brochura, n=17), individual (guiado por Tablet, n=14) e social (guiado por Tablet, n=13).</p> | Rússia | <p>Para avaliar a marcha foi utilizado GAITRite walkway with Platinum Version 4.0 que implica a caminhada em quatro condições distintas: à velocidade selecionada pelo participante; caminhada rápida; à velocidade selecionada pelo participante simultaneamente com a realização de uma tarefa cognitiva e à velocidade mais rápida simultaneamente com a realização de uma tarefa cognitiva; a velocidade da marcha e a força nos membros inferiores foram avaliados pelo <i>Short Physical Performance Battery</i>; para avaliar o risco de queda utilizou-se <i>The Falls Efficacy Scale International</i>. Foram ainda avaliadas as funções cognitivas e a fluência verbal.</p> |

Como se pode verificar no quadro 2, dois estudos são de natureza qualitativa [5 e 6]; três são de natureza quantitativa [2, 7 e 8] e três são de natureza qualitativa e quantitativa [1, 3 e 4]. Segundo Riessnack, Sousa e Mendes (2007) todos os desenhos de investigação são importantes desde que tenham relação com a questão de investigação e proporcionem melhorias na prática. Para estes autores os cuidados de enfermagem quase nunca se alteram baseados num só estudo, mas no acúmulo de resultados de vários, geralmente utilizando diferentes métodos de investigação. Riessnack, Sousa e Mendes (2007) salientam ainda que a utilização simultânea de abordagens de natureza qualitativa e quantitativa pode proporcionar uma compreensão mais profunda do objeto de estudo.

No que diz respeito à população e amostra, todos os estudos incluem pessoas idosas, diferenciando-se apenas no seu número. O estudo com menor número de pessoas idosas foi o cinco [5], com dez pessoas idosas; o com maior número foi o dois [2], com 165 pessoas idosas, na fase inicial. Nos estudos um e cinco as pessoas idosas foram recrutadas em instituições; nos estudos dois, três, quatro, seis e sete na comunidade e, somente, num estudo as pessoas idosas foram recrutadas em ambos os contextos [8].

Os estudos selecionados foram realizados na Europa [3,6 e 8], América do Norte [1 e 4], Austrália [2 e 5] e América do Sul [7]. É de salientar que nenhum dos estudos foi realizado em Portugal. Estes dados revelam que em diferentes países, profissionais de várias áreas de formação, estimulam as pessoas idosas a “recriar o seu futuro” (Governo de Portugal, 2012, p.3). Em relação à forma de colheita de dados, nos estudos de natureza qualitativa foram utilizados: a entrevista [6] e o *focus group* [5]. Nos estudos mistos foram utilizadas a entrevista [1 e 4], o *focus group* [3], as notas de campo [1] e outros instrumentos, tais como escalas, para a avaliação física e funcional [1,3 e 4].

Nos estudos de natureza quantitativa, foram identificados um grande número de questionários que incluíam uma ampla gama de conteúdo associado com a atividade física, tal como a atividade física relacionada com a mobilidade, as atividades de vida diária e as atividades instrumentais

da vida diária. Para Kisko (2013) os vários fatores a serem considerados na seleção dos instrumentos de avaliação da atividade física incluem os objetivos, o tamanho da amostra, o orçamento, os fatores cultural e socio-ambiental, a carga física e fatores estatísticos, como exatidão e precisão.

3.3. Resultados e recomendações

No quadro 3 apresentamos os resultados e as recomendações dos estudos selecionados.

QUADRO 3: Resultados e recomendações

| Nº | Resultados dos estudos | Recomendações dos estudos |
|----|---|---|
| 1 | <p>Verificou-se que 53,8% dos residentes do lar utilizavam com mais regularidade as máquinas do ginásio, aumentavam o tempo de exercício e diminuía a resistência corporal ($p=0,02$), quando devidamente preparados e apoiados. Priorizavam a frequência do ginásio, sentiam-se envolvidos e orgulhosos pelo programa, descreveram-se como desportistas à instituição; com a prática estabeleceram relações de amizade entre eles, com os funcionários e com os parceiros universitários.</p> <p>Verificou-se ainda que quando providenciado espaço, equipamento, pessoal treinado e outros recursos, a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos participantes aumenta em diversos domínios.</p> | <p>As futuras pesquisas devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir o papel do exercício físico na diminuição do stress e no aumento da qualidade de vida das pessoas idosas; - Explorar de que forma a integração de recursos humanos e ambientais podem ajudar as pessoas idosas em risco de declínio funcional a aderir ao exercício físico. |
| 2 | <p>Após 6 meses da intervenção, o grupo de intervenção ($n=59$) melhorou significativamente a nível clínico, em relação ao grupo de controlo ($n=62$).</p> <p>O grupo de intervenção apresentou uma melhora significativa de 3,4% a 14,8% nos testes laboratoriais, enquanto o grupo de controlo apresentou uma deteriorização de 2,7% a 4,7% ou uma melhoria mínima de 1,8% a 7,9.</p> <p>Catorze dos participantes no grupo de intervenção (23,7%) apresentaram um nível de equilíbrio dentro do normal, em comparação com 3 participantes (4,8%) no grupo de controlo.</p> | <p>Para esta abordagem ser amplamente implementada na comunidade, os futuros estudos deverão avaliar a utilidade da utilização de uma série de medidas clínicas dada a escassez de recursos na comunidade.</p> <p>Outras sugestões para futuros trabalhos de investigação são estudar se esta abordagem pode ser colocada em prática em serviços de saúde na comunidade e se o nível de adesão dos participantes pode ser mantido ou melhorado.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| 3 | <p>Após doze semanas de exercício, o grupo de intervenção aumentou significativamente a sua aptidão física ($p>0,001$).</p> <p>Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a aptidão física nos grupos de intervenção e comparação aos seis meses ($p>0,01$) e doze meses ($p>0,001$), respectivamente.</p> <p>Os dados resultantes dos focus group confirmaram estes resultados, sugerindo que o exercício aumenta a independência e qualidade de vida.</p> <p>Foi demonstrado e relatado pelos participantes que depois de frequentarem este programa, a atitude relativa à atividade física mudou para melhor, pois adquiriram conhecimentos e perceberam os benefícios da atividade física.</p> <p>Mencionaram também que, se conseguiram superar emocionalmente, pois sentiam-se mais confiantes e fortes. Permitiu ainda ajudar as pessoas idosas a integrarem-se socialmente pois o programa permitiu-lhes conhecer novas pessoas, socializar, conviver e combater o isolamento social.</p> | <p>Os resultados deste estudo poderão ser úteis para o desenvolvimento de serviços destinados a pessoas idosas na comunidade.</p> |
| 4 | <p>A avaliação do programa revelou que este produziu ganhos para a saúde das pessoas idosas. Os participantes apresentaram melhorias nos testes de avaliação da capacidade funcional, Atividade da Vida Diária (AVD) e escala de equilíbrio e confiança. A maioria dos participantes também manifestou benefícios do programa em termos de terem atingido as metas previamente estabelecidas por si.</p> <p>Estes dados traduzem assim melhorias significativas na saúde dos participantes, incluindo a melhoria da força, flexibilidade, equilíbrio e capacidade de executar as AVD.</p> | <p>Os resultados do estudo podem ajudar a justificar aos coordenadores locais voluntários e potenciais participantes que o programa é prioritário.</p> <p>Para a implementação de futuros programas é necessário ter em conta a população alvo, pois este estudo teve como alvo uma população idosa com a saúde debilitada que influenciou a adesão ao programa, isto é, umas pessoas idosas não se inscreveram devido ao seu estado de saúde e outras inscreveram-se mas não conseguiram realizar os exercícios propostos.</p> |
| 5 | <p>Em relação aos fatores facilitadores para a participação das pessoas idosas nas sessões de exercício físico oferecidas pelo lar foram identificados: o apoio e o incentivo dos familiares e dos profissionais de saúde.</p> <p>Relativamente às barreiras identificadas pelas pessoas idosas para a participação nas sessões de exercício físico foram: problemas de saúde, como a dor, a incontinência, a deficiência auditiva, os constrangimentos externos (localização e hora das sessões) e internos associados à falta de conhecimentos sobre as turmas e os benefícios do exercício físico.</p> | <p>Para melhorar a participação das pessoas idosas em futuros programas deve ter-se em consideração:</p> <p>O agendamento das sessões de exercício físico; o local onde estas decorrem; aspetos sociais relacionados com as sessões e os problemas de saúde mencionadas pelos participantes ou observadas pelo professor que possam limitar o exercício físico.</p> <p>Para incentivar as pessoas idosas a participar nestas atividades é importante o apoio da família e dos profissionais de saúde, nomeadamente no esclarecimento dos benefícios da participação nestas atividades.</p> |
| 6 | <p>Os resultados do estudo revelaram que as pessoas idosas têm um papel importante a desempenhar nas suas famílias e comunidades e que esta participação pode trazer muitos benefícios as pessoas idosas, tais como, melhoria da qualidade de vida, a ajuda no combater à exclusão e à solidão. Um dos elementos dominantes desta iniciativa foi a valorização da comunidade.</p> | <p>Até ao momento, há poucas pesquisas sobre as necessidades e aspirações das pessoas idosas, por este motivo é necessário continuar a investigar esta área.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| 7 | <p>Neste estudo, a média de idades dos participantes foi de 69,3 anos. Todas as pessoas idosas obtiveram pontuação máxima no Índice de Katz e 92,8% obtiveram pontuação máxima no Índice de Lawton. Relativamente ao questionário World Health Organization on Quality of life verificou-se uma redução significativa no domínio físico ($p = 0,014$) e aumento nos domínios psicológico e meio ambiente ($p = 0,029$ e $p = 0,007$, respetivamente). Detetou-se ainda a tendência de elevação nos domínios relações sociais (geral $p=0,062$ e $p=0,052$, respetivamente).</p> | <p>O modelo de cuidados proposto pela equipa do GAMIA, pode ser reproduzido na rede pública de cuidados de saúde, pela sua simples estrutura e baixo custo.</p> |
| 8 | <p>Os grupos que utilizaram o <i>tablet</i> demonstraram melhorias significativas nas quatro condições de caminhada: à velocidade estabelecida pelo participante e rápida; à velocidade selecionada pelo participante, simultaneamente, com a realização de uma tarefa cognitiva e à velocidade mais rápida, simultaneamente, com a realização de uma tarefa cognitiva. Não se verificaram mudanças significativas observáveis no grupo que utilizou o folheto. Ao comparar os grupos participantes observou-se diferenças significativas para a velocidade da marcha ($U= 0,03$, $r=0,33$) e cadência ($U= 138,5$, $P= 0,03$, $r= 0,34$) durante a dupla tarefa (caminhada à velocidade estabelecida pelo participante, simultaneamente, com a realização de uma tarefa cognitiva), para os grupos que utilizaram os <i>tablets</i>. O grupo que utilizou a brochura teve mais participantes inativos, mas esta não atingiu significância estatística ($U = 167$, $P= 0,06$, $r = 0,29$). Os participantes ativos superaram os participantes inativos na caminhada simples e na com dupla tarefa.</p> <p>Os custos da caminhada com dupla tarefa e as diferenças significativas entre os grupos foram observáveis entre os grupos que utilizaram os que utilizaram a brochura, em favor dos grupos de <i>tablet</i>.</p> <p>Neste estudo também foi registado o número de mensagens enviadas. O número total de mensagens enviadas para o mural foi 31, enviadas por 8 dos 13 participantes do grupo social. Os cuidadores enviaram um total de 37 mensagens para o mural. Seis dos participantes do grupo escreveram 13 mensagens para outro participante. Os participantes receberam 84 mensagens de cuidadores, 93 mensagens foram enviadas por 11 participantes do grupo social para os cuidadores. Assim, a maioria das interações ocorreu entre cuidadores e os participantes e não entre participantes, indicando a importância do apoio social dos cuidadores.</p> | <p>Os autores sugerem que em futuros estudos se devem incluir tecnologias para controlar a postura e o movimento padrão. Salientam ainda a importância de incluir uma amostra de maior dimensão.</p> |

Para a análise dos resultados dos estudos selecionados para esta revisão integrativa é fundamental ter presente: o problema da atual investigação - “ Qual o conhecimento produzido acerca da contribuição da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa”; que a visão do envelhecimento ativo dos estudos selecionados conduziu à definição de objetivos centrados na avaliação de programas de exercício físico [2,3,4,7 e 8]; no incentivo à sua prática [1 e 5] e a participação das pessoas idosas em outro tipo de atividades sociais [6] e face à abrangência do termo qualidade de vida teve-se em consideração a sua relação com aspetos físicos, emocionais, sociais, ligados ao bem-estar.

Assim, de acordo com os factos apresentados, os objetivos da presente investigação, da análise do quadro 3, relativamente à coluna dos resultados, emergiram as seguintes categorias: avaliação de programas de exercício físico e qualidade de vida; incentivo à prática de exercício físico e qualidade de vida e empowerment e qualidade de vida.

Avaliação de programas de exercício físico e qualidade de vida

O conceito de envelhecimento ativo tem sido empregado pela Organização Mundial de Saúde desde a década de 1990 a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas (OMS, 2002). Portanto, tem havido uma crescente preocupação na conceção de programas de exercício físico para as pessoas idosas, uma vez que a evidência indica que tais intervenções de promoção de saúde podem reduzir os efeitos deletérios do envelhecimento (Parra; Valencia e Villami, 2012).

Para Almeida, Gutierrez e Marques (2012) o exercício físico como forma de melhoria do bem-estar e da qualidade de vida exige a atenção do profissional em relação ao impacto do exercício físico na saúde, a nível físico, social e emocional do indivíduo.

Em relação ao impacto dos programas de exercício físico na saúde a nível físico, como se pode observar no quadro 3, todos os programas [2,3,4 e 7] contribuíram para a melhoria da saúde das pessoas idosas. Por exemplo, no estudo [4] em que o programa foi implementado no domicílio das pessoas idosas, estas apresentaram melhorias no que respeita à capacidade funcional e à saúde em geral.

Quanto ao impacto dos programas de exercício físico na saúde a nível social e emocional, verificamos que as pessoas idosas que participaram nos programas [3,4 e 7] manifestaram melhorias a este nível. Neste âmbito destacamos o estudo [3] em que com a implementação de um programa direcionado para o exercício físico as pessoas idosas referiram ter-se superado a nível emocional, pois tornaram-se mais independentes, permitiu-lhes conhecer pessoas novas, socializar, conviver e combater o isolamento social.

Nesta categoria de avaliação de programas de exercício físico e qualidade de vida, salientamos os resultados de um estudo, [8], em que o programa foi avaliado de acordo com as várias estratégias de intervenção utilizadas para a implementação de exercício físico: a brochura, o tablet utilizado individualmente pela pessoa idosa e o tablet utilizado por um grupo de pessoas. Os resultados mostraram que os grupos que utilizaram o tablet registaram melhorias significativas nas tarefas única e dupla a que foram sujeitos, em relação ao grupo que utilizou a brochura. Face ao crescente envelhecimento da população portuguesa nas últimas décadas, existem cada vez mais pessoas em que a monotonia domina os seus dias.

Atendendo à monotonia domina os dias das pessoas idosas, Baptista (2011) realizou um estudo com o intuito de perceber a relação existente entre a pessoa idosa e a informática. Os resultados desta investigação permitiu-lhe concluir que a informática pode vir a desempenhar um papel muito importante na vida das pessoas idosas, funcionando como elemento para a sua inclusão na sociedade. Independentemente das dificuldades surgidas, Baptista (2011) salientou a vontade das pessoas idosas em aprender a utilizar os computadores.

Incentivo à prática de exercício físico e qualidade de vida

Uma vez que a evidência científica indica que o exercício pode reduzir os efeitos negativos no envelhecimento, o *Department of Health* (2011) recomenda que as pessoas com 65 e mais anos devem praticar 150 minutos de exercício físico moderado por semana e, se essas pessoas já forem moderadamente ativas, podem realizar 75 minutos de atividade vigorosa, por semana. No entanto, uma proporção substancial dos idosos europeus não pratica o tempo recomendado de exercício físico (Marques et al., 2011). Estes autores consideram que o aumento da adesão ao exercício físico entre as pessoas idosas é um importante desafio para a saúde pública. É importante ainda referir que o incentivo à prática de exercício físico pelas pessoas idosas, pode ajuda-las a mudar o seu estilo de vida, muitas vezes inativo e sedentário (Kleinpaul et al., 2008).

Assim, não admira que se tenha encontrado na presente revisão dois estudos [1 e 5] sobre esta problemática. No primeiro, as autoras verificaram que quando providenciado espaço, equipamento, pessoal treinado e outros recursos, a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos participantes aumentava em diversos domínios. O discurso de uma participante ilustra este facto: *Nunca tinha visto tanto equipamento. Disse para mim mesmo, vais ficar parada a olhar ou vais usá-lo? Na minha idade, disse, deveria participar! (Marge P.) Fui para a academia sem supervisão...Não em uma base regular. Eu estava muito ocupado. Não havia nenhum. Ninguém para me dizer o que fazer (Bonnie C.);* ainda o discurso de outro participante: *Eu nunca fiz qualquer exercício em tudo (Anita H.).*

No estudo [5], em que o programa foi implementado num lar de pessoas idosas verificou-se que a participação destas dependeu do reconhecimento dos benefícios pessoais, do incentivo dos familiares e dos profissionais de saúde. Em relação aos benefícios pessoais, apresentamos a narrativa de uma pessoa idosa: *Ajuda-me a mexer (Residente).* Os benefícios sociais da interação entre os residentes e a diminuição dos sentimentos de isolamento também foram percebidos como motivadores para a participação no programa, tal como se pode verificar nas seguintes narrativas: *Às vezes, faz bem ir ao exercício porque conhecemos alguém para conversar (Residente); O meu neto em WA tem medo que eu deixe de andar... (Residente).*

Neste estudo [5], os participantes também identificaram numerosas barreiras à prática do exercício físico, como podemos constatar nos seus discursos: *A dor nos meus joelhos piorou com o exercício. (Residente); Eu não posso ir ao exercício no início da manhã, pois nesta altura ainda não fiz as minhas necessidades (Residente).* Outra das barreiras mencionadas está relacionada com as "crenças" e alguns participantes, tal como referiu uma pessoa idosa: *sou demasiado velho para fazer exercício (Residente).* Segundo Matsudo (2009) na elaboração de programas de exercício físico para as pessoas idosas é importante ter-se em conta o nível de dependência funcional dessas

peessoas, para aumentar a efetividade do programa e reduzir os riscos para as pessoas idosas.

Empowerment e qualidade de vida

O estudo [6], *How local interventions can build capacity to address social isolation in dispersed rural communities: a case study from northern ireland*, foi o único que apresentou uma perspectiva diferente de envelhecimento ativo. Sabemos que em áreas rurais, os meios para as pessoas idosas alcançarem a sua dignidade e independência, receberem cuidados e participar em assuntos cívicos são muito limitados. Daí os autores pretenderem conhecer a opinião dos participantes acerca do envelhecimento no meio rural, o seu sentido de comunidade, a rede social e os membros do grupo para a partir destes dados ajudar as pessoas idosas a desenvolver as suas capacidades de forma a combater o seu isolamento social. Os resultados do estudo mostraram que os participantes têm um papel muito importante nas suas famílias e na comunidade envolvente e que a participação destas pessoas idosas neste tipo de programas pode efetivamente melhorar a sua qualidade de vida e combater a exclusão social e a solidão.

Este estudo vem operacionalizar uma recomendação da OMS (2002), segundo a qual é altura para a construção de um novo paradigma, que encare as pessoas idosas como participantes ativos na sociedade e, simultaneamente, como beneficiários do desenvolvimento. A OMS (2002) sugere ainda que as próprias pessoas idosas devem liderar a construção de uma imagem nova e mais positiva da terceira idade e, conseqüentemente, ajudar a derrubar os estereótipos negativos, a reduzir e eliminar a discriminação e o abuso.

Por último, temos as recomendações mencionadas pelos autores dos estudos selecionados. Todos os autores apresentaram sugestões a partir dos resultados obtidos. Umas sugestões estão relacionadas com as implicações dos resultados para a prática [2, 3, 4, 5 e 7] e outras com as implicações dos resultados obtidos para a investigação [1, 2, 6 e 8].

CONCLUSÃO

O envelhecimento é desde há muito motivo de reflexão dos homens. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes face às pessoas idosas têm vindo a mudar e refletem o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas, a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl e Fonseca, 2006).

O Concelho da Europa estima que a população portuguesa terá menos de um milhão de pessoas em 2050 e estará mais envelhecida, com 2,5 pessoas idosas com 65 ou mais anos para cada jovem com menos de 15 anos (Fonseca, 2006). Dada esta tendência é lícito desejar-se que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas para a saúde, a participação e a segurança (OMS, 2002). Esta Organização denominou esta visão do envelhecimento por “envelhecimento ativo”.

Um aspeto intrinsecamente associado à visão de envelhecimento ativo é a qualidade de vida da pessoa idosa. Segundo a OMS (2002) à medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente influenciada pela sua habilidade de manter a autonomia e a independência. Esta Organização salienta ainda a amplitude do conceito de qualidade de vida, pois este incorpora de uma forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com as características do contexto onde está inserido.

Assim, as alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades

de saúde, tendo sido reconhecido, neste últimos anos, o papel fulcral dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas demonstrados pelos cidadãos com o propósito de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, adota um entendimento sobre as respostas humanas aos processos de vida, como também, aos problemas de saúde. Este tem uma elevada capacidade para responder de uma forma adequada às diferentes necessidades apresentados pelos diversos clientes, proporcionando, assim, efetivos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros,2010).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010) a promoção de estilos de vida saudáveis deve ser uma preocupação comum a todos os membros da comunidade família, cidadãos e profissionais de saúde, onde se destacam os enfermeiros especialistas em saúde comunitária, dado o seu campo de atuação.

Neste âmbito, no decurso do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária decidimos aprofundar as implicações da visão do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas. Os objetivos deste trabalho de investigação são: conhecer os estudos científicos publicados em revistas indexadas em bases de dados eletrónicas, durante o período de 2008 a 2014, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas e caracterizar os estudos desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, que abordem a influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida das pessoas idosas.

Optamos por uma revisão integrativa, de acordo com as cinco etapas propostas por Cooper (1982): formulação do problema, colheita de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Foram incluídos oito artigos, cujos estudos adotaram abordagens qualitativas, quantitativas e mistas, publicados em diferentes revistas internacionais. Salientamos o facto de não termos encontrado nenhum estudo desenvolvido em Portugal, nem por profissionais de

enfermagem. No entanto, no estudo intitulado “*Effects of a 12-week community exercise: programme on older people*”, os profissionais de enfermagem colaboraram na implementação do programa.

Outro resultado relevante do nosso trabalho foi o facto da promoção do envelhecimento ativo estar maioritariamente centrada no exercício físico. A análise de conteúdo dos resultados dos estudos selecionados permitiu-nos identificar três categorias: avaliação de programas de exercício físico e qualidade de vida, estudos [2, 3, 4, 7 e 8]; incentivo à prática de exercício físico e qualidade de vida, estudos [1 e 5] e *empowerment* e qualidade de vida estudo [6]. Independentemente da estratégia de promoção de envelhecimento ativo utilizada, os resultados dos estudos apontam para efeitos benéficos na qualidade de vida das pessoas idosas envolvidas, tendo-se em consideração a relação da qualidade de vida com aspetos físicos, emocionais e sociais.

No entanto, em termos de programas de exercício físico para que estes melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas é importante ter-se em consideração as barreiras à sua implementação, nomeadamente, os problemas de saúde dos participantes que possam limitar o exercício físico e as suas crenças.

O número de artigos encontrados, o tipo de estudos, o tamanho da amostra/número de participantes, o tipo de intervenção e a forma de avaliação da qualidade de vida limita as conclusões desta revisão.

Mas, este trabalho permite-nos refletir sobre a responsabilidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na promoção do envelhecimento ativo e, consequentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Para futuros trabalhos sobre problemática em estudo, recomendamos a pesquisa em bases de dados portuguesas e a realização de estudos primários por enfermeiros, para explorar os contributos destes na visão do envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Marco; GUTIERREZ, Gustavo; MARQUES, Renato. Qualidade de vida. São Paulo: Edições EACH. [Em linha].2012. [Consult. 3 abr. 2015]. Disponível na Internet: <URL: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>.
- BANDEIRA, Isabela. *Fragilidade em idosos: uma revisão integrativa*. Trabalho final para atribuição de Licenciatura, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
- BRYANT, Lucinda; ALPETER, Mary; WHITELAW, Nancy. Evaluation of health promotion programs for older adults: An introduction. *Journal of Applied Gerontology*. [Em linha]. June, 2006, vol 25, nº 3 [Consult. 3 abr. 2015], pp. 197 - 213. Disponível na Internet: <URL: http://www.ncoa.org/improve-health/center-for-healthy-aging/content-library/EvaluatingEBPrograms_Intro.pdf>.
- CAMPOS, Maryane; NETO, João. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. [Em linha].2008,vol 32, nº 2 [Consult. 3 abr. 2015],pp. 232-240. Disponível na Internet: <URL: <http://test.stoa.usp.br/articles/0016/4454/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude.pdf>>.
- CANCELA, Diana Manuela. *O processo de envelhecimento- O portal dos psicólogos*. Trabalho realizado no Complemento da Licenciatura, Universidade Lusíada do Porto,2007.

COOPER, Harris. *Scientific Guidelines for Conducting Integrative Literature Reviews*. Paper presented at the Annual Meeting of -the American Educational Research Association, 1982 [Em linha] 1982 [Consult. 3 de jan. 2014]. Disponível na Internet: <[URL: http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED216032](http://www.eric.ed.gov/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED216032)>.

COSTA, Mayara. *Qualidade de vida na terceira idade: a psicomotricidade como estratégia de educação em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2011.

DEPARTMENT OF HEALTH, PHYSICAL ACTIVITY, HEALTH IMPROVEMENT AND PROTECTION. *Start Active, Stay active: A report on Physical Activity for Health from the four home countries Chief Medical Officers* [Em linha]. D.H.London: Department of Health, 2011 [Consult. 3 de abril. 2015]. Disponível na Internet: <[URL: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf)>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas*. [Em linha]. DGS, 2004. [Consult. 24 de out. 2013]. Disponível na Internet: <[URL: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf)>.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi; MENDES, Isabel. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. [Em linha]. Setembro-Outubro 2007, vol. 15, nº5 [Consult. 3 abr. 2015], pp. 45-48. Disponível na Internet: <[URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf)>.

EFKLIDES, Anastacia [et al.]. Health condition and quality of life in older adults: adaptation of qolie-89. *Social Indicators Research* [Em linha]. 2006, nº76 [Consult. 15 de fev. 2015], pp.35-53. Disponível na

Internet: <URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-005-4855-6#page-1>>.

FARENZENA, Walesca. *Qualidade de vida em grupos de idosos de Veranópolis*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

FARIA, Óscar. *Avaliação da Aptidão Física de Um Grupo de Idosos entre os 75 e 95 anos na zona da Sertã*. Monografia de Licenciatura, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, 2008.

FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, Rócio. Envejecimiento activo. *Contribuciones de la Psicología*. [Em linha]. Madrid 2009,nº13 [Consult. 24 de out. 2013], pp.214-216. Disponível na Internet: <URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77125288010>>.

FERREIRA, Anna. *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2009.

FERREIRA; Anna. *Qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: perspectiva do próprio e do cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e ciências da Educação, 2009.

FONSECA, António. *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. [Em linha]. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006. [Consult. 5 fev. 2015]. Disponível na Internet: <URL: http://www.uceditora.ucp.pt/resources/Documentos/UCEditora/Indices/2007/8_O%20Envelhecimento.pdf >.

FONSECA, Aureliano. Tabaco e Tabaquistas. *Arquivos de Medicina*. [Em linha]. Vol. 21, n.º 5/6, (2007), p. 183-193. [Consult. 5 fev. 2015]. Disponível na Internet:

<URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n5-6/v21n5-6a08.pdf> ISSN 0871- 3413>.

FONTAINE, Roger. *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores, 2000. ISBN 978-97-2844-965-0.

FORTIN, Marie Fabienne. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie Fabienne. *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 978-972-8383-10-7.

FRAGUELLI, Ângela. *Relação entre auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida em idosos*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

GONÇALVES, Daniela [et al.]. Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia saúde & doenças* [Em linha]. 2006, vol.7, n.º 1 [Consult. 5 jan. 2014]. pp. 137-143. Disponível na Internet <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>>.

GOVERNO DE PORTUGAL. *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações programa de ação*. [Em linha]. Portugal, 2012 [Consult. 3 abr. 2015]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>>.

GUERIN, Michelle; MACKINTOS, Shylie; FRYER, Caroline. Exercise class participation among residents in low-level residential aged care could be enhanced: a qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*. [Em linha]. 2008, vol. 54 [Consult. 5 jan. 2015], pp.111-116. Disponível na Internet <URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a4273434-9a2b-4013-95b0-f6a77993a367%40sessionmgr112&vid=5&hid=123>>.

HEENAN, Deidre. How Local Interventions Can Build Capacity to Address Social Isolation in Dispersed Rural Communities: A Case Study from Northern Ireland. *Springer*. [Em linha].2011, nº 36, [Consult.5 jan. 2014], pp. 475-491. Disponível na Internet <URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12126-010-9095-7#page-1>>.

IMAGINÁRIO, Cristina. *O idoso dependente, em contexto familiar*. Coimbra: Formasau, 2004.ISBN 9789728485382.

INSTITUTE, Joanna. Reviewers: Manual. [Em linha].*Institute Joanna Brigs*,2011. [Consult. 22 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Dia Internacional do Idoso: 1 de Outubro de 2007: [Em linha]. INE,2007. [Consult. 22 out. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqu es&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2>.

IRIGARAY, Tatiana; TRENTINI, Clarissa. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*. [Em linha].Julho/ Setembro, 2009, vol. 23, nº3 [Consult. 3 abr. 2015], pp.297-304. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03.pdf>>.

KISKO, Alexander [et al.]. An overview of currently available methods and future trends for physical activity. *Faculty of Health Care, University of Presov in Presov, Slovakia*. [Em linha]. December 2013, vol 1, nº2 [Consult. 3 abr. 2015], pp. 45-48. Disponível na Internet: <URL: <http://mj.mefanet.cz/res/file/vol1-iss2/mj-02130929.pdf>>.

KLEINPAUL, Júlio [et al.]. Exercício físico: mais saúde para o idoso. Uma
revisão. Educação Física y

Deportes [Em linha].Agosto 2008, vol. 13, nº123 [Consult. 3 abr. 2015]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.efdeportes.com/efd123/exercicio-fisico-mais-saude-para-o-idoso-uma-revisao.htm>>.

KLUGE, Mary Ann; LECOMPTE, Michelle; RAMEL, Lisa. Fit and fabulous: mixed-methods research on processes, perceptions, and outcomes of a yearlong gym program with assisted-living residents. *Journal of Aging and Physical Activity*. [Em linha].2014, nº 22 [Consult.5 jan. 2014], pp.212-225. Disponível na Internet: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1231d85b-5109-4b76-bf52-7355f77151b3%40sessionmgr113&vid=5&hid=123>>.

LOBLET, Montserrat [et al.] - Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha], 2011, vol. 19, nº 3, p. 467-475. [Consult. 12 fev. 2015]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04>>.

MARQUES, Ana I. [et al.]. Evaluation of physical activity programmes for elderly people a descriptive study using the EFQM criteria. *BMC Public Health* [Em linha]. 2011, vol.11, [Consult. 3 de abril. 2015], pp.123-132. Disponível na Internet: <URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-123.pdf>>.

MARTINS, José. Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. [Em linha].2008, vol. 12, nº2 [Consult. 3 abr. 2015], pp. 62-66. Disponível na Internet: <URL: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf>.

MATSUDO, Sandra. Envelhecimento, atividade física e saúde. *Boletim do instituto de saúde de São Paulo*. [Em linha].2009, vol.47, [Consult. 3 abril. 2015]. Disponível na Internet: <URL: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a19_bisn47.pdf>.

- MENDES Karina; SILVEIRA Renata; GALVÃO Cristina. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. [Em linha]. Outubro-Dezembro 2008, vol. 17, nº4 [Consult. 24 de out. 2013], pp.758-764. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>.
- NERI, Anita. *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea, 2005. ISBN 978-85-7516-708-3.
- NERI, Anita. *Qualidade de vida na velhice: Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole, 2003,
- NERI, Anita. *Qualidade madura no atendimento domiciliário: Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- NUNES, Emília. Consumo de tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. [Em linha]. 2006, nº 22, [Consult. 5 fev. 2015], pp. 225-244. Disponível na Internet: <URL: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10231&path%5B%5D=9967>>.
- NUNES, Isabel Maria. *A Constelação do Idoso. Artigo de Investigação Médica*. [Em linha]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Mestrado Integrado em Medicina [Consult. 5 fev. 2015]. Disponível na Internet: <URL <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21066/2/a%20constelao%20do%20idoso.pdf>>.
- OLIVEIRA, Aldalan [et al.]. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. [Em linha]. 2010, vol. 13, nº 2 [Consult. 3 abr. 2015], pp. 301-312. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a14v13n2.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: [Em linha].OE,2010. [Consult. 06 de abr. 2015]. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Envelhecimento ativo. Um Projeto de Política de Saúde: [Em linha]. Madrid: OMS,2006. [Consult. 5 fev. de 2015]. Disponível na Internet: URL:http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde: [Em linha]. Brasília: OMS, 2005. [Consult. 05 jan. 2014]. Disponível na Internet: <URL:http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group: *Série de Relatórios Técnicos 898*: [Em linha].Genebra OMS, 2000. [Consult. 27 jun. 2014]. Disponível na Internet: URL:http://www.whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - New Understanding, New Hope - Relatório Mundial de Saúde: [Em linha]. Genebra: OMS,2001. [Consult. 27 jun. 2014]. Disponível na Internet http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/whr01_en-3.pdf >

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Active aging: a policy framework*: [Em linha]. Madrid: OMS, 2002. [Consult. 22 out. 2013]. Disponível na Internet: http://www.whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde: [Em linha]. Madrid: OMS, 2002. [Consult.

4 jun. 2014]. Disponível na Internet <URL: [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE \(OMS\). *Quedas*: \[Em linha\]. OMS, 2010. \[Consult. 9 fev. 2015\]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/9/quedas+oms.htm>>](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.crdeunati.uerj.br%2Fdoc_gov%2Fdestaque%2FMadri.doc&ei=woiRU_r8NPL50gW7rYGQAw&usg=AFQ>.</p></div><div data-bbox=)

PARRA, Nancy; VALENCIA, Katherine; VILLAMIL, Ángel. Processo de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*. [Em linha]. 2012, vol. 34, nº 4 [Consult. 3 abr. 2015], pp. 562 - 580. Disponível na Internet: <URL: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu08412.htm>.

PASCHOAL, Sérgio. *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de Doutoramento, Universidade São Paulo, 2004.

PÁUL, Constança. *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Faculdade de letras. [Em Linha]. 2005. [Consult. 10 out. 2014], Disponível na Internet: <URL: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>>.

PAUL, Constança; FONSECA, António. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 978-972-796-18-56.

REVE, Eva [et al.]. Tablet-based strength-balance training to motivate and improve adherence to exercise in independently living older people: part 2 of a phase ii preclinical exploratory trial. *Journal of Medical Internet Reserch*. [Em Linha]. June 2014. vol.16, nº 6 [Consult. 10 out. 2014], Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090377/>>.

RIBEIRO, Óscar; PAÚL, Constança. *Manual de envelhecimento*. Lisboa: Lidel Edições técnica, Lda, 2011. ISBN 978-972-75-77-392.

SANTOS, Pedro; PAÚL, Constança. *Desafios na Saúde Mental dos mais Velhos: o outro lado da Terapia. Psicogeriatria*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006.

SCHNEIDER, Rodolfo; IRIGARAY, Tatiana. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*. [Em Linha].2008, nº 4, [Consult. 28 jan. 2015], pp. 585-593. Disponível na Internet: <URL: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>.

SÉ, Elisandra. *Caminhos para uma velhice bem-sucedida*. [Em linha]. 2009, [Consult. 5 fev. 2015], Disponível na Internet: <URL http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice_bem_sucedida.htm>.

SEIDL, Eliane; ZANNON, Célia. Qualidade de vida: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. [Em linha].2004, vol. 20, nº 2 [Consult. 3 abr. 2015], pp. 580-588. Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>.

SILVA, Marília E. *Fatores de risco para quedas em idosos: revisão integrativa da literatura a partir do diagnóstico de enfermagem da NANDA*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de Rio Grande, 2011.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. [Em linha].2003, vol. 37, nº3 [Consult. 5 fev. 2015], pp. 364-371. Disponível na Internet: <URL <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>>.

SOUTO, Rafaella [et al.]. Aspectos éticos na pesquisa com dados secundários: uma revisão sistemática. *Revista Espaço para a Saúde*. [Em linha]. Dezembro de 2011, vol.13, nº1 [Consult.5 abr. 2015],

pp.45-53. Disponível na Internet <URL:
[http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article
/viewFile/9728/pdf](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/9728/pdf)>.

STOLEE, Paul; ZAZA, Christine; SCHUEHLEIN, Sheila. Evaluation of a volunteer-led in-home exercise program for home-bound older adults. *Department of Health Studies and Gerontology University of Waterloo, 200 University Avenue West, Waterloo, Ontario*. [Em linha].2012, nº 41 [Consult. 5 fev. 2015], pp.339-354. Disponível na Internet: <URL
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=37851fd8-b042-40d2-84aa-f3c6bf9f2d4b%40sessionmgr198&hid=123>>.

TAMAI, Silvia [et al.]. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. *Einstein*. [Em linha]. 2012, vol. 9, [Consult. 5 fev. 2015], pp. 8-13. Disponível na Internet: <URL
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=37851fd8-b042-40d2-84aa-f3c6bf9f2d4b%40sessionmgr198&hid=123>>.

WALLACE, Richy [et al.] Effects of a 12-week community exercise: programme on older people. *Nursing older people*. [Em linha].2014, vol 26, nº1 [Consult. 5 fev. 2015], pp.20-26. Disponível na Internet: <URL
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=37851fd8-b042-40d2-84aa-f3c6bf9f2d4b%40sessionmgr198&hid=123>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Men, Ageing and Health. Achieving health across the span: [Em linha]. Genebra: WHO, 2001. [Consult. 18 Jul. 2014]. Disponível na Internet: <URL:
http://www.whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*: [Em linha].WHO,2007. [Consult. 9 fev. 2015]. Disponível na Internet:<URL:

http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
>.

YANG, Xiao [*et al.*]. Effectiveness of a Targeted Exercise Intervention in Reversing Older People's Mild Balance Dysfunction: A Randomized Controlled Trial. *American Physical Therapy Association* [Em linha]. January 2012, vol. 92, nº1[Consult. 5 fev. 2015], pp.24-37. Disponível na Internet: <URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=37851fd8-b042-40d2-84aa-f3c6bf9f2d4b%40sessionmgr198&hid=123>>.

ANEXOS

**Anexo I - Formulário para Avaliação dos Estudos (Bandeira,
2010)**

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS

(Bandeira, 2010)

Qual a produção científica referente á contribuição do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa?

Dados de identificação

Autores_____

Título do trabalho_____

Periódico, ano, volume e número_____

Descritores_____

Objetivo/ Questão de investigação_____

Metodologia

Tipo de estudo_____

População/Amostra_____

Local onde o estudo aconteceu_____

Técnica de colheita de dados_____

Resultados

Definições_____

Aspetos biológicos/sociais/ psicológicos_____

Recomendações_____

